



LA SUJECCIÓN DE LOS CUERPOS DÓCILES.

Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya.

María Noel Míguez Passada

**LA SUJECIÓN DE LOS CUERPOS DÓCILES.
Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya.**

María Noel Míguez Passada

Míguez Passada, María Noel

La sujeción de los cuerpos dóciles. : medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya . - 1a ed. - Buenos Aires : Estudios Sociológicos Editora, 2012. - (Colección Tesis)

E-Book.

ISBN 978-987-26922-2-3

1. Medicalización. 2. Niñez. I. Título
CDD 613.043 2

Fecha de catalogación: 16/11/2011

Diseño de Tapa: Romina Baldo y Arq. Carolina Míguez Passada
Diseño Editorial: Estefanía Fissore y Pamela Belzunce Finelli

© 2011 Estudios Sociológicos Editora
Mail: editorial@estudiosociologicos.com.ar
Sitio Web: www.estudiosociologicos.com.ar

Primera edición: Diciembre de 2011.
Hecho el depósito que establece la Ley 11723.
Libro de edición argentina.

**LA SUJECIÓN DE LOS CUERPOS DÓCILES.
Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya.**

María Noel Míguez Passada

ESI ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS
EDITORIA

Estudios Sociológicos Editora:

Estudios Sociológicos Editora es un emprendimiento de Centro de Investigaciones y Estudios Sociológicos (Asociación Civil – Leg. 1842624) pensado para la edición, publicación y difusión de trabajos de Ciencias Sociales en soporte digital. Como una apuesta por democratizar el acceso al conocimiento a través de las nuevas tecnologías, nuestra editorial apunta a la difusión de obras por canales y soportes no convencionales. Ello con la finalidad de hacer de Internet y de la edición digital de textos, medios para acercar a lectores de todo el mundo a escritos de producción local con calidad académica.

Colección tesis:

Esta colección busca difundir en formato libro las tesis doctorales producidas en el marco de distintas disciplinas de las Ciencias Sociales. Pretendemos con esta iniciativa abrir un canal efectivo de circulación de investigaciones de alto nivel que actualmente se realizan en Latinoamérica.

Comité Editorial / Referato:

- María Eugenia Boito (Dra. En Ciencias Sociales- UBA. Investigadora Asistente CONICET. CIECS-UNC)
- María Belén Espoz (Dra. En Semiótica – CEA-UNC. Investigadora Asistente CONICET. CIECS-UNC)
- Flabián Nievas (Dr. En Ciencias Sociales – UBA. Investigador Independiente CONICET. IIGG-UBA)
- Roberto Merino Jorquera (Núcleo de Investigación de Sociología de los Cuerpos – U. de Chile)
- Claudio Martyniuk (Dr. de la Universidad de Buenos Aires, área Filosofía del Derecho – IIGG-UBA)

Las personas que integran este comité editorial participan en la selección de las obras a publicar. Este trabajo se complementa con la colaboración de los integrantes de los equipos académicos de las revistas Relaces, Relmis y Onteaiken.

ÍNDICE

Prólogo	Pág. 17
Introducción	Pág. 19
 CAPÍTULO 1	
Pequeños cuerpos medicados del Siglo XXI	Pág. 33
1.1 La medicación abusiva en la niñez como problema de análisis	Pág. 34
<i>Lógica de delimitación analítica</i>	Pág. 34
<i>Dispositivos de disciplinamiento</i>	Pág. 53
<i>Legitimación del abuso, pérdida de los sentidos</i>	Pág. 69
1.2 La Niñez ¿Ese invalorable tesoro?	Pág. 88
<i>Ni tan santos ni tan demoníacos</i>	Pág. 88
<i>Del cuento a la calle, pasando por la escuela y el hospital</i>	Pág. 101
1.3 Cuerpo social, cuerpo individuo, cuerpo subjetivo	Pág. 110
<i>Texto y contexto en las corporalidades</i>	Pág. 111
<i>Particularización de la medicación en los cuerpos infantiles</i>	Pág. 117
<i>Procesos de subjetivación de la niñez medicada</i>	Pág. 127
 CAPÍTULO 2	
Disciplinamiento en la modernidad	Pág. 141
 2.1 LA MODERNIDAD EN SUS NUEVAS MANIFESTACIONES	
De formas y contenidos	Pág. 142
<i>¿Crisis de la Razón Moderna?</i>	Pág. 142
<i>Disciplinamiento como forma, razón instrumental como contenido</i>	Pág. 152
 2.2 EL SER SOCIAL EN LOS PROCESOS DE DISCIPLINAMIENTO	
Cuando las formas cambian y los contenidos quedan	Pág. 161
<i>Ontología del ser social en las sociedades modernas</i>	Pág. 162
<i>Libertad y autonomía ¿versus? disciplinamiento</i>	Pág. 171
<i>Cuando las conductas marcan la diferencia</i>	Pág. 178
 2.3 SIGLO XXI MODERNO Y DISCIPLINADO.	
Medicalización como una de las formas contemporáneas de disciplinamiento	Pág. 196
<i>Medicación con psicofármacos como nueva forma de disciplinamiento</i>	Pág. 196
<i>La niñez como principal objetivo para el disciplinamiento de las conductas</i>	Pág. 204

CAPÍTULO 3

Disciplinamiento en el mundo occidental.

Particularizanod en Uruguay..... Pág. 222

3.1 Modernización y disciplinamiento. Dejando atrás las diferencias Pág. 223

El mundo occidental moderno Pág. 223

El Uruguay Moderno. “De la barbarie a la civilización” Pág. 232

3.2 Procesos de medicalización para el disciplinamiento Pág. 245

Procesos de medicalización en el Uruguay moderno Pág. 245

La centralidad de las instituciones en el disciplinamiento de la niñez uruguaya..... Pág. 257

CAPÍTULO 4

Niñez uruguaya del Siglo XXI..... Pág. 273

4.1 NIÑEZ EN LA MIRILLA.

Más que emancipación ¿Disciplinamiento?..... Pág. 274

Procesos de psiquiatrización de la niñez uruguaya Pág. 274

¿Las diferencias se vuelven a demarcar por “espacios sociales”?..... Pág. 308

4.2 LABORATORIOS.

Lógicas de mercado que atraviesan una “sociedad de iguales”..... Pág. 339

REFLEXIONES FINALES: Cuerpos que no callan..... Pág. 347

Bibliografía Pág. 360

Los procesos de psiquiatrización que se han venido desplegando cada vez más extendidamente en la niñez uruguaya dan cuenta de la naturalización de una realidad que sólo invisibiliza una absoluta y compleja trama de violencia ejercida sobre una población incapaz de desplegarse, de reivindicarse, de exaltarse, puesto que justo allí, en estas exteriorizaciones en “conductas inapropiadas”, urge el remedio: los psicofármacos. Así, niños y niñas desde los 4 o 5 años están siendo medicados con pastillas de diversos colores, que más bien parecieran caramelos, consumidas por una niñez no tan ajena en sus subjetividades a estas opresiones. Antipsicóticos, anti-depresivos, ansiolíticos, entre otros, hacen gala de un variado abanico de psicofármacos que se utilizan como forma de aquietar sus conductas... y con ello, sus formas de ser, estar, sentir y pensar en una sociedad que tiende a la hegemonía como el bien máspreciado.

A Mariana

**A mis viejos y a Marcos
por estar siempre**

¿Qué sociedad podrá estructurarse con individuos de cuerpos dormidos?

La respuesta primaria es que para que existan procesos de interacción, mecanismos de reproducción social y estructuración de marcos de significados compartidos debe haber sujetos con energías individuales disponibles...

Una sociedad sin interacción, una sociedad que cae en el sueño es, por un lado, un conjunto de fragmentos y, por el otro, fragmentos sin ligazón alguna.

(Scribano, 2005: 108)

SIGLAS

- ADD** – *Desorden por Déficit Atencional*
- ADHD** – *Desorden por Déficit Atencional con Hiperactividad*
- ANEP** – *Administración Nacional de Educación Pública*
- ANP** – *Asociación Norteamericana de Psiquiatría*
- APS** – *Atención Primaria en Salud*
- CDN** – *Convención de los Derechos del Niño*
- CDPD** – *Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad*
- CEP** – *Consejo de Educación Primaria*
- CNA** – *Código de la Niñez y Adolescencia*
- CNA** – *Código de la Niñez y la Adolescencia*
- CODICEN** – *Consejo Directivo Central*
- DEA** – *Drug Enforcement Administration (Administración de Cumplimiento de Leyes sobre las Drogas)*
- DSM** – *Diagnostic and Statical Manual (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)*
- DTS** – *Departamento de Trabajo Social*
- ECSCC** – *Escuelas de Contexto Sociocultural Crítico*
- EE** – *Escuelas Especiales*
- ETC** – *Escuelas de Tiempo Completo*
- FCS** – *Facultad de Ciencias Sociales*
- FDA** – *Food and Drug Administration (Administración de Alimentos y Drogas)*
- FONASA** – *Fondo Nacional de Salud*
- GEDIS** – *Grupo de Estudios sobre Discapacidad*
- ICSC** – *Índice de Características Socioculturales*
- MEC** – *Ministerio de Educación y Cultura*
- MECAEP** – *Mejoramiento de la Calidad de la Educación Primaria*
- MIDES** – *Ministerio de Desarrollo Social*
- MSP** – *Ministerio de Salud Pública*
- SNIS** – *Sistema Nacional Integrado de Salud*
- TOC** – *Trastorno Obsesivo-Compulsivo*
- UBA** – *Universidad de Buenos Aires*
- UdelaR** – *Universidad de la República*

PRÓLOGO

La escuela del mundo al revés es la más democrática de las Instituciones educativas. No exige examen de admisión, no cobra matrícula y gratuitamente dicta sus cursos, a todos y en todas partes, así en la tierra como en el cielo: por algo es hija del sistema que ha conquistado, por primera vez en toda la historia de la humanidad, el poder universal. En la escuela del mundo al revés, el plover aprende a flotar y el corcho, a hundirse. Las víboras aprenden a volar y las nubes aprenden a arrastrarse por los caminos.

Los modelos del éxito. El mundo al revés premia al revés: desprecia la honestidad, castiga el trabajo, recompensa la falta de escrúpulos y alimenta el canibalismo. Sus Maestros calumnian a la naturaleza: la injusticia, dicen, es ley natural. Milton Friedman, uno de los miembros más prestigiosos del cuerpo docente, habla de la "tasa natural de desempleo". Por ley natural, comprueban Richard Hernstein y Charles Murray, los negros están en los más bajos peldaños de la escala social. Para explicar el éxito de sus negocios, John D. Rockefeller solía decir que la naturaleza recompensa a los más aptos y castiga a los inútiles; y más de un siglo después, muchos dueños del mundo siguen creyendo que Darwin escribió sus libros para anunciarles la gloria.

¿Supervivencia de los más aptos? La aptitud más útil para abrirse paso y sobrevivir, el killing instinct, el instinto asesino, es virtud humana cuando sirve para que las empresas grandes hagan la digestión de las empresas chicas y para que los países fuertes devoren a los países débiles, pero es prueba de bestialidad cuando cualquier pobre tipo sin trabajo sale a buscar comida con un cuchillo en la mano. Los enfermos de la patología antisocial, locura y peligro que cada pobre contiene, se inspiran en los modelos de buena salud del éxito social. Los delincuentes de morondanga aprenden lo que saben elevando la mirada, desde abajo, hacia las cumbres; estudian el ejemplo de los triunfadores y, mal que bien, hacen lo que pueden para imitarles los méritos. Pero "los jodidos siempre estarán jodidos", como solía decir don Emilio Azcárraga, que fue amo y señor de la televisión mexicana.

(...)

Caminar es una hazaña y respirar es un peligro en las grandes ciudades del mundo al revés. Quien no está preso de la necesidad, está preso del miedo: unos no duermen por la ansiedad de tener las cosas que no tienen, y otros no duermen por el pánico de perder las cosas que tienen. El mundo al revés nos entrena para ver al prójimo como una amenaza y no como una promesa, nos reduce a la soledad y nos consuela con drogas químicas y con amigos cibernéticos. Estamos condenados a morirnos de hambre, a morirnos de miedo o a morirnos de aburrimiento, si es que alguna bala perdida no nos abrevia la existencia.

¿Será esta libertad, la libertad de elegir entre esas desdichas amenazadas, nuestra única libertad posible? El mundo al revés nos enseña a padecer la realidad en lugar de cambiarla, a olvidar el pasado en lugar de escucharlo y a aceptar el futuro en lugar de imaginarlo: así practica el crimen y así lo recomienda. En su escuela, escuela del crimen, son obligatorias las clases de impotencia, amnesia, resignación. Pero está visto que no hay desgracia sin gracia, ni cara que no tenga su contracara, ni desaliento que no busque su aliento. Ni tampoco hay escuela que busque su contraescuela.

Eduardo Galeano
Patás Arriba. La escuela del mundo del revés, 1998.

INTRODUCCIÓN

La *Sujeción de los “cuerpos dóciles”*¹ remite a un análisis devenido de la complejidad y naturalización de una temática que ha venido legitimándose en el Uruguay, como parte de un proceso de medicalización de larga duración que ha mediado la historia moderna de nuestro país. El uso y abuso de psicofármacos² en la niñez resulta una de las aristas contemporáneas de este entramado, caracterizado y contextualizado por un estado paternalista, de promoción del orden y prevención de “problemáticas sociales” mediante políticas de salud, en su generalidad, en el marco de una sociedad que en su *interiorización de lo externo*³ asume como propias las necesidades de medicamentos para la solución de sus males (individuales y colectivos).

Desde la Facultad de Ciencias Sociales, concretamente desde el Departamento de Trabajo Social, a través del Grupo de Estudios sobre Discapacidad, se culminó en el año 2006 la investigación que dejaba en evidencia la medicación abusiva con psicofármacos en la niñez de “contexto socio-cultural crítico”⁴ en el Uruguay. De la misma se desprendía que no sólo el metilfenidato (droga cuyo nombre de venta más conocido es Ritalina)

1 “Cuerpos dóciles” se plantea entre comillas en tanto se dibujan y desdibujan las idealizaciones de docilidad inmanentes a la niñez, pero, a su vez, se entiende la docilidad en tanto imposibilidad, en la mayor de las situaciones, de oponerse, al menos racional e ideológicamente, a los mandatos del mundo adulto.

2 Se optó por utilizar el término de “psicofármacos” en genérico, ya que a partir del trabajo de campo y de las diversas lecturas a las cuales se tuvo acceso no aparece una misma discursividad a si el metilfenidato es o no un psicofármaco. Para los fines de la presente investigación se incluye dentro de este genérico también al metilfenidato.

3 Sartre, en su *Crítica de la Razón Dialéctica* (2000), plantea la conceptualización de interiorización de lo externo y exteriorización de lo interno como un proceso dialéctico entre el sujeto particular y el sujeto colectivo, en una praxis integradora de lo subjetivo y objetivo. Esta idea estará presente a lo largo de todo el trabajo como mediación analítica.

4 Concepto retomado desde la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), para la particularización de un tipo de escuela y población que allí concurre. Este punto será retomado con mayor profundidad posteriormente, ya que marca un posicionamiento y direccionamiento en las políticas educativas hacia una población dada.

estaba siendo utilizado masivamente en esta población, sino otros psicofármacos, como Valcote y Risperidona (el primero un antiepiléptico, el segundo un antipsicótico), cuando la primera mermaba en las farmacias de las policlínicas y hospitales del Ministerio de Salud Pública (MSP). Dicha investigación apuntaba a una población específicamente carente objetivamente de bienes materiales, y subjetivamente (la nomenclatura de la Administración Nacional de Educación Pública –ANEP- es un claro ejemplo de ello) de bienes sociales, culturales y simbólicos, desde una sociabilidad tendiente a su hegemonización.

Habiendo coordinado el Equipo de Investigación de “Los hijos de Rita Lina” (que logró ser publicada recién a finales del 2008), la información que se fue recabando, tanto de fuentes primarias como de fuentes secundarias, y de las entrevistas a los diversos actores involucrados (fundamentalmente, niños y niñas que estaban siendo medicados sin un diagnóstico previo y/o específico de déficit atencional), resultó tan densa que devino en el punto de partida del proyecto de investigación presentado por quien suscribe para ingresar al Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Esta apertura llevó a nuevos *rodeos*⁵ para continuar delimitando el objeto hacia otros confines empíricos, que en lo personal se visualizaban como interesantes, a saber: ¿qué sucede en relación a esta temática en una población antagónica en cuanto a acceso a bienes materiales y servicios sociales, culturales y simbólicos? ¿Cómo median los laboratorios en esta masificación de psicofármacos desde su proceso mercantilizador? ¿De qué manera inciden los medios de comunicación, ya sea televisión, radio y, fundamentalmente, hoy día internet? Y, a su vez, hacia otros cuestionamientos de orden teórico, ético y hasta epistemológico, como ser: ¿Dónde quedan ubicadas las instituciones modernas por excelencia (familia,⁶ educación,

5 Se retoma la idea de *rodeo* de Kosik, de su *Dialéctica de lo Concreto*, en tanto proceso de delimitación analítica del objeto, en tanto: “El todo, pues, es accesible directamente al hombre, pero como un todo caótico y nebuloso. Para que el hombre pueda conocer y comprender este todo, para aclararlo y explicarlo, es necesario dar un rodeo: lo concreto se vuelve comprensible por medio de lo abstracto...” (Kosik, 1969: 49)

6 A lo largo de la investigación se reconoce a la familia como institución en el entendido

salud) en esta lógica? ¿Qué incidencia tiene la razón instrumental moderna devenida y hasta metamorfoseada en una contemporaneidad capitalista legitimante de la producción y reproducción del orden imperante al costo que sea necesario? ¿Qué rol juega el Estado a través de la implementación de ciertas políticas de corte netamente médico-normalizador, en un devenir paternalista como constitución inherente a la sociabilidad uruguaya? ¿Cuán constreñidos resultan estos cuerpos infantiles en sus manifestaciones y sensaciones, transversalizados por una lógica del capital que exige una productividad hegemónica y normalizada desde los primeros años de vida?

Resulta un tema por demás pertinente de desnaturalizar, cuestionar y reflexionar críticamente; de trascender los discursos imperantes para escuchar las voces que callan o apenas pueden expresarse; de franquear esquemas interiorizados como propios e individuales cuando provienen de un colectivo transmutado por lo hegemónico cuyos contenidos remiten al carácter instrumental de la razón moderna.

Es necesario poder mediar el proceso analítico reflexivo desde el análisis institucional, en tanto se retoman estructuras dadas que producen y reproducen pautas y valores como formas de ser y estar en la sociedad, en un espacio y tiempo dado, siendo estas instituciones trascendentales para el mantenimiento del orden social, léase: familia, educación y salud. Las mismas atraviesan sistemáticamente las organizaciones en las que se materializan, esto es, el espacio territorial concreto donde se concretizan: las familias en sus diversos arreglos, las escuelas y los hospitales. Retomando los conceptos de Lourau:

Se habla de análisis institucional porque las organizaciones sociales de todo tipo... no son reducibles a sistemas positivos que bastaría desmontar, sino totalidades parciales, y como tales doblemente trabajadas por la negatividad. Por ser totalidades, presentan la negatividad formal que se adhiere a

y contextualización con que Sartre la condensa: "...la familia singular 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)

todo hecho social positivo, dado que toda positividad simple e inmediata contiene ya su propia negación. (Lourau, 2001: 18)

Y muestra el mismo autor claramente este tema a través de un ejemplo sumamente compatible con el objeto que se delimita, a saber:

...la escuela tiene como funciones preparar para la vida profesional, proporcionar una cultura general, etc.; pero su función primera consiste en interiorizar las normas oficiales del trabajo explotado, de la familia cristiana, del Estado burgués. En la escuela, se aprende también a interiorizar el modelo de la fábrica. En ella, como en ésta, se aprende a “humillarse” ante los superiores, y en segundo término, o si es necesario, se aprende un oficio. (Lourau 2001: 14)

De esta manera, y retomando esta lógica de análisis institucional planteada, se halla una *universalidad*⁷ comprensible en su complejidad desde los conceptos de hegemonía, razón instrumental y poder, que concretiza la lógica de exposición en una *particularidad*⁸ mediada por los procesos de medicalización y disciplinamiento, materializados específicamente en el devenir *de la barbarie a la civilización* de la sociedad uruguaya (Barrán, 1992) y en su procesualidad continuada a lo largo del Siglo XX, quedando la *singularidad*⁹ plasmada en la concreción del objeto empírico: la medicación abusiva con psicofármacos de la niñez uruguaya del Siglo XXI como proceso de sujeción de estos “cuerpos dóciles”. En este vaivén *progresivo-regresivo*,¹⁰ mediado por el análisis institucional predicho, se analizan re-

7 “... es el (momento) de la unidad positiva del concepto. Dentro de ese momento el concepto es plenamente verdadero, vale decir, verdadero de manera abstracta y general.” (Lourau, 2001: 10)

8 “...expresa la negación del momento precedente. ... Toda verdad deja de serlo plenamente tan pronto como se encarna, se aplica en condiciones particulares, circunstanciales y determinadas...” (Lourau, 2001: 10)

9 “...es el momento de la unidad negativa, resultante de la acción de la negatividad sobre la unidad positiva de la norma universal.” (Lourau, 2001: 10)

10 “Nuestro método es heurístico, nos enseña de nuevo porque es regresivo y progresivo a la vez. Su primer cuidado, como el del marxista, es colocar al hombre en su marco.

flexivamente las diversas determinaciones y mediaciones mencionadas que transversalizan y especifican la temática en cuestión.

Así, la presente investigación remite a reconocer una de las formas a través de las cuales se ponen en marcha lo que serían procesos contemporáneos de disciplinamiento en el Uruguay, en el marco de lo que se concibe como *nuevas manifestaciones* de la razón instrumental moderna. Siendo lo *fenoménico* (Kosik, 1969) la medicación abusiva con psicofármacos en la niñez, resulta necesaria su trascendencia delimitando el objeto hacia una *esencia* inabarcable en cuanto *totalidad*, pero reconociéndose en ésta los procesos de normalización propios de la modernidad, en tanto sus contenidos se derivan de la racionalidad instrumental reconocida en esta época. El punto en cuestión es que quien no se adapte a la norma (desde el “nosotros”) se lo concibe como diferente, lo que remite a un “otros” como figura de la alteridad. Se cree que esto hace a procesos de exclusión que con el discurso de la inclusión llevan al camino opuesto: cada vez son más los excluidos por no adaptarse a las pautas y valores que hacen a una “normalidad” impuesta desde lo hegemónico, mediando no sólo la exclusión acaecida por las condiciones materiales, sino, como se ha planteado, la generada desde lo social, lo cultural y lo simbólico.

La posibilidad de analizar críticamente los dispositivos que atraviesan este proceso resulta fundamental, en la medida que se tendrán presentes instituciones que hacen a lo hegemónico, al mantenimiento del orden. Por un lado, será necesario remitirse a los discursos de la medicina sobre la medicación con psicofármacos en la niñez y transversalizarlos con los discursos de la institución educativa (tanto de *contexto socio-cultural crítico* como colegios privados). La inclusión de la categoría¹¹ familia como

(...). en el interior de este movimiento nuestro objeto ya figura y está condicionado por estos factores, en la medida misma en que los condiciona. Así su acción está ya inscrita en la totalidad considerada, pero se mantiene para nosotros implícita y abstracta. (...) (el método) no tendrá más remedio que el “vaivén”: determinará progresivamente la biografía profundizando en la época, y la época profundizando en la biografía.” (Sartre, 2000: 107-108)

11 “La idea de categoría que usaré es, pues, de tipo hegeliano. Voy a considerar las categorías a la vez como operaciones del pensar y del ser. Voy a describirlas como operaciones

institución mediadora en estas prácticas remite a los cambios sucedidos en las últimas décadas que hacen a diversos arreglos que, al menos en primera instancia, no parecerían estar comprendidos por la “normalidad” estipulada fundamentalmente desde la institución educativa, que encuentra por lo general su principal contracara en los procesos de disciplinamiento de la familia. Por ello, las relaciones de poder/saber que atraviesan a estas tres instituciones como forma de vinculación entre sí y de disciplinamiento de los cuerpos (en el entendido de un todo) que “caen en sus manos”, será otra de las mediaciones que permita ir develando la *esencia* del objeto en proceso de delimitación.

La hipótesis de base que atraviesa este proceso analítico refiere a que la medicación con psicofármacos en la niñez uruguaya hoy día resulta una manifestación del modelo disciplinario de la modernidad contemporánea. Para ello, se parte de la concepción de que se está, ahora más que nunca, ante una racionalidad moderna en lo instrumental y en la promesa emancipatoria más soez, bajo “nuevas manifestaciones” que de alguna manera se podrían decir simulan las formas predichas y condicionan sus contenidos. Mediar cuerpos infantiles con psicofármacos dejándolos inertes y sin sensaciones y expresiones lejos está de promesas emancipatorias, sino más bien estaría remitiendo a una racionalidad instrumental moderna de sujeción de los sujetos por los sujetos mismos, a través de dispositivos cada vez más mediados por el saber/poder unidireccionalizado (proceso de medicalización) bajo la falacia del “bien colectivo”.

Esto no implica ver en el cuerpo médico ni en el colectivo docente, y menos aún en las familias, a “los malos” de la película, como si la realidad estuviera contenida y diferenciada entre buenos y malos, en antagonismos que distan de base de lo teórico-metodológico que se está proponiendo para la presente investigación. Lo que sí se atribuye es una implicancia

que tienen siempre como trasfondo el hecho de que ese pensar, que es social, histórico, hace al ser. No sólo configura el discurso, como en Foucault, no sólo hace posible al objeto, como en Kant, sino que, propia y profundamente, hace ser al ser. Es el ser, el ser como tal, el que es relevante. Siempre es desde allí que hay que arraigar toda reflexión como tal.” (Pérez Soto, 2008: 71)

colectiva, en cuanto responsabilidad de una sociedad que en su conjunto se ha ido resquebrajando en procesos que la trascienden, que la contienen y de los cuales, por las decisiones que en su devenir va tomando, direcciona. Se es juez y parte en un mismo proceso dialéctico, de responsabilidades individuales y colectivas entremezcladas, donde sí unos tienen más peso en la toma de decisiones (y quizá en ello la sensación que se les atribuya mayor responsabilidad), como lo son las tres instituciones planteadas, y otros seguramente menos, como lo es la niñez uruguaya en la contemporaneidad, y en ella nuestro futuro.

Por ello, se intenta quitar el peso en responsabilizar individualidades que desde lo discursivo quedan en el foco: los niños y niñas de hoy día que “se portan mal”, “no hacen caso”, “desbordan”, “molestan a sus compañeros”, “no dejan que los otros aprendan”. Estos niños y niñas no son más que la punta del iceberg de una complejidad que los trasciende, la cual dista enormemente de la posibilidad de pensar en sociedades emancipadas, de inclusión de la diversidad, de reconocimiento de la alteridad en su potencialidad (y no en su posibilidad de distorsión del orden social). Dista enormemente de sociedades utópicamente modernas, donde la racionalidad instrumental pensada como superación de carencias materiales a través del dominio de los sujetos sobre la naturaleza se preveía tendía a la posibilidad de una real emancipación individual y colectiva. La metamorfosis de esta razón moderna hoy día se plasma claramente en nuevas manifestaciones, donde el disciplinamiento como dispositivo inherente al control social resulta el medio por el cual se instrumentaliza la sujeción predicha, ya no de los sujetos sobre la naturaleza, sino de los sujetos sobre los sujetos.

Distorsión de la instrumentalidad más pura de la razón moderna, se confina hoy día en su metamorfoseada transversalización de la vida cotidiana de los sujetos, en procesos de interiorización de formas de ser, estar, sentir y comportarse en sociedades hegemónicamente determinadas desde la “normalidad”, y en la exteriorización singular hacia un colectivo que no interioriza la diversidad. De esta manera, con el discurso colectivo del “bien general” se suprime cualquier posibilidad de distinción de lo singular, aplicando dispositivos de control cada vez más riesgosos, hasta en

la constitución de los sujetos, no sólo en sus esencias sino también en sus apariencias (en este caso conductuales).

Que la niñez se exprese a través de sus cuerpos manifestando violencias, imposibilidades de estarse quietos, falta de concentración, etc., se considera remite a una exteriorización singularizada de una interiorización colectiva que busca legitimar, producir y reproducir una sociabilidad propia de las sociedades modernas (en este caso la uruguaya), atravesadas cada vez con mayor énfasis por una lógica de control del pensamiento y de las conductas. En este vaivén, desde lo genérico se interioriza el des-orden de estos cuerpos infantiles, exteriorizando en cada singularidad la necesidad de aquietarlos.

En el Uruguay del siglo XXI, los cuerpos infantiles están siendo las más de las veces constreñidos con psicofármacos para que no manifiesten conductualmente como van interiorizando lo externo. Cuerpos infantiles que conforman la niñez uruguaya sin distinción de acceso a bienes materiales, sociales, culturales y simbólicos. Porque la utilización de psicofármacos en esta niñez “descarriada” no reconoce el origen de cada singularidad, sino el hoy día devenido en problema conductual que urge de remedio. En todo caso, las formas de explicitación de la “patología” y el discurso legitimador de la misma dista en su manifestación más fenoménica; pero la esencia es la misma, el contenido disciplinador es el mismo, y la necesidad de sujeción de estos cuerpos corre por los mismos caminos para llegar a sus destinos, por lo general antagónicos.

Aparece un punto que se intentará ir sorteando y explicitando claramente a lo largo del trabajo: la relación casi disruptiva entre salud mental/enfermedad, la (no)similitud entre enfermedad y patología, la demanda constante de educandos ante imposibilidades de control de conductas y la ingerencia por ello de un saber médico especializado como lo es fundamentalmente la Psiquiatría Infantil, que como su título lo indica remite a la niñez, que en este caso está siendo indisciplinada y cuyos cuerpos resulta imperioso controlar. Ahora bien, ¿cómo una manifestación conductual pasa a convertirse en una enfermedad y/o patología, dependiendo del sujeto entendido en su ámbito y su discurso legitimante?

Quizá encuentra su respuesta en una concreción tan clara como la que plantea Canguilhem: “Las enfermedades son los instrumentos de la vida mediante los cuales el viviente, tratándose del hombre, se ve obligado a confesarse mortal.” (Canguilhem 2004: 47)

Se cree más superada la propuesta foucaultiana al respecto (que se entiende contiene a la anterior):

...la enfermedad atañe a la situación global del individuo en el mundo: en lugar de ser una esencia fisiológica o psicológica es una reacción general del individuo tomado en su totalidad psicológica y fisiológica. En todas estas recientes formas de análisis médico podemos reconocer una significación única: cuanto más encaramos como un todo la unidad del ser humano, más se disipa la realidad de una enfermedad que sería una unidad específica, y más se impone también la descripción del individuo reaccionando a su situación de modo patológico en lugar del análisis de las formas naturales de la enfermedad. (...). En realidad, la enfermedad borra pero subraya; anula por una parte, pero por otra exalta; la esencia de la enfermedad no reside sólo en el vacío que provoca, sino también en la plenitud positiva de las actividades de reemplazo que vienen a llenarlo. (Foucault, 2006: 19, 30)

Pasaría a conjugarse, así, una nueva relación entre alienación y enfermedad, entre libertad, autonomía y/o emancipación y disciplinamiento, entre ser y deber ser, entre hegemonía y heteronomía... No como dicotomías, sino como transversalizaciones de pares dialécticos de una complejidad tan amplia que trasciende discursos y concreciones simplistas.

Por todo lo antedicho, es que el análisis de lo empírico en la presente investigación remite al análisis discursivo, tanto de:

- Niños y niñas que concurren a Escuelas de Contexto Socio-Cultural Crítico (ECSCC) y Colegios Privados que están siendo, han sido o se les ha indicado medicación.
- Familiares de estos niños y niñas, incluyendo aquí referentes adultos a cargo.

-
- Referentes de la salud: Directores/as de Hospitales y Centros de Salud, Pediatras, Psiquiatras Infantiles, Neurólogos, Químicos Farmacéuticos).
 - Referentes de la educación: Directores/as de ECSCC y Colegios, Maestras/os de 1º año de dichos centros educativos, Técnicos del Programa MECAEP,¹² Maestros de Apoyo en el ámbito privado.

Para ello, se llevó adelante un muestreo de ECSCC (previo pedido y aceptación desde ANEP de llevar adelante la presente investigación) y Colegios, de Hospitales, Centros de Salud y Policlínicas zonales del MSP y Mutualistas (salud privada), realizando las entrevistas en cinco ¹³ departamentos del Uruguay, a saber:

- 1 ECSCC y un Colegio, el Hospital y 1 mutualista de Artigas.
- 1 ECSCC y un Colegio, el Hospital y 1 mutualista de Cerro Largo.
- 1 ECSCC y un Colegio, el Hospital y 1 mutualista de Durazno.
- 1 ECSCC y un Colegio, el Hospital y 1 mutualista de y Maldonado.
- 3 ECSCC y 3 Colegios, el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR),¹⁴ 1 Centro de Salud, 2 Policlínicas barriales del MSP y 2 mutualistas de Montevideo.
- De cada uno de los espacios educativos seleccionados surgieron las familias y niños y niñas entrevistados.

Con este muestreo se pretendió conformar para confrontar realidades capitalinas de los departamentos seleccionados y la distinción a la interna

12 El Proyecto MECAEP está destinado a mejorar la calidad de la Educación Primaria pública del Uruguay y cuenta con varios Programas. Las Técnicas entrevistadas (Psicólogas y Trabajadoras Sociales) conforman o conformaban el Programa “Fortalecimiento del vínculo entre la familia, la escuela y la comunidad”.

13 Se había solicitado en ANEP permiso para hacer el relevamiento en el Departamento de Colonia, ya que era parte del muestreo inicial. Tal espacio territorial debió ser descartado ante la imposibilidad de lograr contactos con representantes del ámbito de la salud, más allá de los diversos intentos realizados y fracasados. Por ende, se consideró descartarlo en su totalidad, es decir, a la totalidad del muestreo referencial de dicho departamento.

14 El CHPR es el “hospital de niños” que nuclea no sólo a niños y niñas de hasta 14 años de Montevideo y el área metropolitana, sino que abarca las derivaciones de todos los departamentos del país, fundamentalmente para disciplinas médicas que no tienen los Hospitales locales o para la realización de estudios médicos que requieren mayor tecnificación.

entre capital del país (Montevideo nuclea a la mitad de la población uruguaya) y departamentos del interior.

Se cree relevante dejar en evidencia uno de los cuestionamientos reiterados en la población adulta del “saber” que ha sido lo innecesario de entrevistar a niños y niñas directamente implicados y/o sus familiares, por no considerarlos “informantes calificados”, o porque “inventan”, “no entienden”, “no tienen la capacidad”. El punto está, y su fundamentación halla su cabalidad en ello, en que la calificación de los informantes no remite a una ligazón directa con el “saber académico”, sino a la posibilidad de rescatar justamente la voz de aquellos que por lo general son considerados “no calificados”, y por ello, no considerados, valga la redundancia. Tal como plantea Heller:

Uno debe aprender a leer narrativas sinceras, informaciones, material estadístico, historias de semificción, interpretaciones previas, al igual que uno debe aprender a escuchar “comprensivamente” los testimonios orales, penetrar en el significado oculto de los testimonios visuales como artefactos, tanto si tienen una naturaleza ceremonial como práctica, y hacer muchas otras cosas. (Heller 1991: 39)

Se considera fundamental esta aclaración, ya que hace a las bases no sólo teóricas, metodológicas y epistemológicas de la presente investigación, sino a una ética que se exige respetar.

Por otra parte, dentro del trabajo de campo, se intentó por los más variados medios tener acceso a entrevistas con Médicos y/o Químicos Farmacéuticos de los laboratorios directamente implicados a partir del despistaje de los psicofármacos con mayor aumento en su uso en la niñez en los últimos años. La negativa fue rotunda a suministrar datos o mantener cualquier tipo de contacto, bajo el discurso de la reserva por ser entidades que se manejan en la órbita privada (lo cual se entiende, pero si no hay nada que “ocultar” no se comprende la negativa unánime y terminante).

¿Cómo comenzar a escribir, a plasmar las ideas de tal manera que todo esto que hasta aquí se planteó pueda ser percibido, comprendido,

disfrutado, aprehendido por los más diversos lectores que se aproximen al texto? Desde una perspectiva de totalidad y devenir, de delimitación de ese complejo objeto de investigación, se propone una sinfonía de tonos y sonos, de rodeos hacia confines que parecieran distantes, pero que hacen al desentramado de la madeja completa.

Así, se pensó en un primer capítulo, titulado Pequeños cuerpos medicados del Siglo XXI, donde se pudiera dar un pantallazo, por momentos genérico en lo empírico concreto, por momentos sumamente exhaustivo en la presentación de la lógica analítica. Se pretende que el lector pueda comenzar a acercarse a la temática teniendo claramente especificado el punto de vista teórico, metodológico, epistemológico y ético de la investigadora. Concepciones genéricas de niñez, desde lo intuitivo a lo racional, desde una niñez vista como utopía de paz y felicidad a una niñez cargada de contenidos externos que le van interiorizando. Se pensó que los aportes del Psicoanálisis para desentrañar algunas de estas cuestiones pudieran ser de utilidad, pero desde ya aclarando al lector que se trata hasta podría decirse de una intromisión promiscua en una matriz analítica tan compleja como ajena para quien escribe. Se intenta comenzar a dar cuenta de una niñez transversalizada por lo institucional; una niñez que va *interiorizando lo externo y exteriorizando lo externo*, siendo *productor y producto* de su propia historia individual y colectiva, al decir de Sartre (2000), y en ese vaivén se mesen estas pequeñas corporalidades vivenciadas en su fragmentación.

El segundo capítulo, titulado Disciplinamiento en la Modernidad, comienza un desmenuzamiento sistemático, hasta microscópico por momentos, de condensaciones que fluctúan entre el plano del ser y el plano del pensar, intentando un análisis más abstracto que concreto, que permita ir complejizando una realidad trascendida en problemática actual, pero que encuentra orígenes y devenires en textos y contextos más amplios. De ahí que por momentos se hallen trazos rescatados desde la Filosofía, ciencia medular en la comprensión del ser, en sus rasgos ontológicos, en sus aspectos más capilares que trascienden singularidades para la comprensión de una totalidad más amplia, contenida y contenedora de los sujetos. En los aspectos más concretos de este capítulo, se plantea genealógicamente

de la mano de Foucault el disciplinamiento, tanto desde lo anatómico como de lo biopolítico, de los sujetos concretos, creyentes que lo que ven, sienten y piensan son de su propiedad y autoría, cuando no se trata más que de interiorizaciones externas. Así, Foucault y Sartre, contemporáneos y de alguna manera contendientes en ciertas formulaciones, encuentran su hermandad, no en lo metodológico ni en lo epistemológico, sino en lo teórico y ético. Ello da pie a la conjunción de disciplinamiento y procesos de medicalización; en su singularización para los fines presentes de la medicación con psicofármacos para el disciplinamiento de conductas no hegemónicas.

El tercer capítulo se titula Disciplinamiento en el mundo occidental. Particularizando en Uruguay, lo cual permite dar un hilo conductor a lo trabajado fundamentalmente en abstracto en el capítulo precedente para lograr concreciones abstractas como lo genérico del mundo occidental (pincelada que llevará esa parte del trabajo) y concreciones específicamente materializables en el Uruguay, intentando un texto y contexto de un espacio territorial concreto, con sus particularidades, pero que así como se entiende la distinción entre ser particular y ser genérico en cuanto el individuo y la especie, con esa lógica este país resulta un particular que productor y producto de ese genérico devenido, hace que en el presente condense formas del ser y deber ser propias y globales. Se transversaliza con mayor ahínco el proceso de medicalización devenido en las sociedades occidentales modernas, y cómo el Uruguay se nutre, se apropia y (re) construye su identidad nacional (individual y colectiva) a partir de premisas de orden, de disciplinamiento, de constreñimiento de los cuerpos, de manera de dejar a un lado la *barbarie* y alcanzar la *civilización*, al decir de Barrán (1992), lo que implica en este contexto la mentada modernidad. La singularización de este capítulo se halla en el reconocimiento de la niñez como uno de los focos medulares para el logro de tal empresa. Niñez, disciplinamiento y medicalización comienzan a conjugarse como una unidad, pareciera que inseparable, para una modernidad que se metamorfosea en la contemporaneidad.

El cuarto y último capítulo se titula Niñez uruguaya del siglo XXI. De alguna manera, la niñez uruguaya de hoy día se halla atravesando posible-

mente uno de los momentos de mayor complejidad, de transiciones y desamparos, de arbitrariedades y libertades, de carencias en continentaciones que trascienden las distinciones de “clase”. Es en este capítulo donde se halla con mayor implicancia el objeto empírico en proceso de delimitación, en tanto el proceso analítico reflexivo, más allá de contar con los aportes teóricos que se han creído pertinentes, surge fundamentalmente de la enorme riqueza que fue develando el trabajo de campo, donde lo discursivo de cada uno de los actores implicados dan gala, hasta pareciera, que a un sinfín de posibilidades analíticas, con reveses que llevan al lector a sentirse aprisionado por momentos en la creencia firme de algunas cuestiones que luego son rebatidas por otros discursos, y así sucesivamente. La posibilidad de analizar el tema de los laboratorios y la lógica de mercado allí imperante a través de sus propios discursos, se sintió en principio como un deber, más luego tal negativa a brindar entrevistas, datos, etc. conformó parte del corpus de análisis. (Y sí, es una empresa, ellos mismos lo han dicho).

Se sabe una investigación controversial, que distará para muchos de lo que se considera se hace para el “bien colectivo”. Aquí no se están poniendo en duda las “buenas intenciones” de los actores implicados desde las diversas aristas que transversalizan esta temática; sí se está intentando dejar de manifiesto un problema real que atañe a la sociedad uruguaya como colectivo, y que está siendo legitimado y naturalizado sin mayores posibilidades de pensarse como responsabilidad colectiva en lugar de problemáticas individuales. Es un estudio desde las *sensibilidades*, como diría Barrán, “se trata de analizar... la facultad de sentir, de percibir placer y dolor, que cada cultura tiene y en relación a qué la tiene”. (Barrán, 1992: 11)

CAPÍTULO I

Pequeños cuerpos medicados del siglo XXI.

El niño como peligro público, la conducta antisocial del menor en América, es el tema recurrente de los Congresos Panamericanos del Niño, desde hace ya unos cuantos años. ... Los gobiernos y algunos expertos en el tema comparten la obsesión de los niños enfermos por violencia, orientados al vicio y a la perdición. Cada niño contiene una posible corriente de El Niño, y es prevenir la devastación que puede provocar.
(Galeano, 1998: 18)

Tal como se planteó en la Introducción, este capítulo intenta dar un primer pantallazo a la temática, de manera de dar cuenta de los diversos aspectos que se irán desentramando a lo largo de la investigación. Se intenta, fundamentalmente, prevenir al lector de la manera más honesta desde qué perspectiva teórica, metodológica, epistemológica y ética se posiciona la investigadora, ya que se entiende eso hace a sortear uno de los mayores problemas de hoy día (tanto en el plano del ser como en el plano del pensar): las enormes distancias entre los dichos y los hechos, o en los fines presentes, de lo que se dice, cómo se dice y lo que se hace. Descontadas el sinfín de contradicciones que puedan irse sucediendo, serán planteadas desde una postura que se estima hace a una concepción de sujeto en su devenir, en una totalidad que lo atraviesa en su ser particular y en su genericidad, pero que, a su vez, cada uno es parte constitutiva y esencial de esa procesualidad.

I.1) La medicación abusiva en la niñez como problema de análisis.

Poco falta para que asimile las reglas de Descartes a este principio de aquel químico cuyo nombre no recuerdo: tome lo que se necesita y proceda en la forma apropiada, así obtendrá lo que usted desee obtener. No admita nada que no sea verdaderamente evidente (es decir, lo único que usted deba admitir); divida al sujeto en las partes requeridas (esto es, haga lo que deba hacer); proceda conforme al orden (el orden según el cual deba proceder); realice enumeraciones completas (es decir, las que deba realizar): éste es exactamente el proceder de aquellas personas que afirman que hay que perseguir el bien y rehuir del mal. Poca duda cabe de que todo esto es correcto; sólo faltan los criterios del bien y del mal.
(Leibniz apud Bourdieu, 1987b: 1)

Lógica de delimitación analítica.

Más allá de las austeridades académicas que un trabajo de la envergadura como el que se emprende y el encuadre institucional merecen, permítaseme intentar ser rigurosa, reconociendo las falencias filosóficas en el acervo personal, con el fin de poder ir delimitando algunas cuestiones que hacen al objeto de la investigación en proceso, profundizando en aspectos que, pareciendo minimalistas, hacen a la totalidad de la obra que se intenta alcanzar.

Tal como se ha planteado, se parte de una hipótesis operativa que encontrará su validez en el basamento de un proceso de delimitación analítica que con la misma se inicia, pero que no es más que eso. Así, se toma como punto de partida la medicación con psicofármacos en la niñez uruguaya como una manifestación del modelo disciplinario de la modernidad contemporánea, en el entendido que se ha continuado, expandido y materializado con mayor ahínco una racionalidad moderna en lo instrumental que lejos ha quedado hoy día de las promesas emancipatorias que le dieron surgimiento.

De aquí que formas y contenidos se entrecruzan en las *sensibilidades*

como puntos de difícil discernimiento entre el “plano del pensar” y el “plano del ser”, donde la mediación de lo ontológico ¹⁵ conlleva disrupciones complejas entre discursos y acciones, entre dichos y no dichos, entre saberes y no saberes, entre ejercicios de poder y disciplinamiento solapados pero cada vez más condensados e interiorizados en las singularidades como propias que pierden de vista el ser genérico en su devenir y procesualidad.

Se considera que resulta imperioso tener en claro desde quien investiga su posicionamiento en la relación sujeto-objeto. Por ello, a lo largo de la presente investigación se intentará superar constantemente el posible etnocentrismo científico lógico en el que tendencial y genéricamente se tiende a caer, más allá de pretendidas y discursivas objetividades. El investigador escribe, piensa y siente, procesos de objetivación mediante, desde su propia subjetividad atravesada por su historia de vida como ser individual y ser genérico.¹⁶ Por ello, se cree que:

...el ejercicio de la razón crítica es incesante pues no sólo critica el razonamiento ajeno, sino también el propio; ya que la razón ajena puede ser criticada si se entienden los modos de razonar y sus sustentaciones, lo que se podrá hacer si se parte de la razón de sí mismo. (Massé Narváez, 2003: 2)

Se parte de la concepción que en estos momentos no se está ante un mundo en el “plano del ser” posmoderno, de irracionalismo en el “plano del pensar”, sino todo lo contrario: ahora más que nunca se está ante una racionalidad moderna en lo instrumental y en la promesa emancipatoria más soez,¹⁷ pero bajo “nuevas manifestaciones” que de alguna manera se

15 Entendida en la lógica de análisis que aquí se presenta como mediación empírica para el conocimiento del ser.

16 Aquí entra en juego la discusión de uno como investigador cómo se posiciona en relación al objeto (de conocimiento y/o de intervención), si opta a conciencia por una subjetividad que medie el mismo o, jactándose de una pretendida objetividad tiende de igual forma a subjetivar al objeto que debería ser objetivado. Más allá que toda generalidad no es buena, no deja de resultar en muchas situaciones parte de la realidad.

17 No están nada mal los fenómenos consecuentes de los procesos de mundialización,

podrían decir simulan las formas predichas y condicionan sus contenidos, los que simbólicamente parecen remitir a cuestiones que en realidad no son. Retomando a Wittgenstein:

Aquí es difícil mantener, por así decirlo, la cabeza despejada —ver que tenemos que permanecer en las cosas del pensamiento cotidiano y no caer en el extravío de que nos parezca que tendríamos que describir sutilezas extremas que, sin embargo, en absoluto podríamos describir con nuestros medios. Nos parece como si debiéramos reparar con nuestros dedos una tela de araña. (Wittgenstein, 1988: 106)

Así, *proposición y lenguaje* hacen a estructuras que pudieran estar emparentadas entre sí, distando de una posible unidad formal imaginada. La lógica lejos de tender a desaparecer como tal adquiere una envergadura de otros caracteres y connotaciones: “El prejuicio de la pureza cristalina sólo puede apartarse dándole la vuelta a todo nuestro examen. ... La filosofía de la lógica no habla de oraciones y palabras en ningún sentido distinto de aquel en que lo hacemos en la vida ordinaria... Pero hablamos de él como de las piezas de ajedrez al dar reglas para ellas, no al describir sus propiedades físicas.” (Wittgenstein, 1988: 106)

En un proceso de investigación, la delimitación del objeto se va fundando sobre “*lo ya conocido*”, en una diada constante entre lenguaje y pensamiento, entre ilusiones gramaticales que surgen de nuestro proceso de entendimiento y discernimiento de la realidad. Ser y pensar conjúganse así como una procesualidad donde el investigador queda imbuido y embestido por saberes ajenos y propios, por percepciones y sensaciones, por conocimiento científico acumulado y especulación pragmática de una vida vivida en un tiempo y espacio concreto.

“Pues es así—” me digo una y otra vez. Siento como si hubiera de cap-

avances mediáticos en la tecnología, etc., etc.; eso sí, reconózcase que analógicamente son los mismos vidriecitos de colores que con la colonización conquistaron a los indígenas de estas tierras.

tar la esencia de la cosa con sólo fijar mi mirada con absoluta nitidez en ese hecho, con sólo poder enfocar lo bien... “La forma general de la proposición es: Las cosas están así y así”.—Ésta es una proposición del tipo de las que uno se repite innumerables veces. Se cree seguir una y otra vez la naturaleza y se va sólo a lo largo de la forma por medio de la cual la examinamos. (Wittgenstein, 1988: 108)

Así, al decir de Wittgenstein, la representación sinóptica implica una significación fundamental, en tanto designa la forma de representación de cada singularidad en tanto la forma en que se ven las cosas. Por ello, alega, “la claridad a la que aspiramos es en verdad completa” (Wittgenstein, 1988: 255), “El pensamiento contiene la posibilidad del estado de cosas que piensa. Lo que es pensable es también posible.” (Wittgenstein, 1979: 49)

Como se comparte plenamente con esta proposición de apertura analítica, y a su vez de extrema rigurosidad epistemológica, se apunta a una investigación de tal envergadura, siendo preciso dejar en claro, quizá una vez más, que:

... las formas de entender y proponer las alternativas cognoscitivas son diversas; y por ello cada uno de los proponentes expone y defiende sus argumentos para exaltar las virtudes de sus teorías cognoscitivas y ponderar las bases metodológicas que de ahí se desprenden. (Massé Narváez, 2003: 2)

A partir de lo presentado, y de manera de ir delimitando la lógica analítica del objeto seleccionado, tres son los ejes que se intentarán precisar en este punto, a saber:

- *El método analítico*: Se argumenta sobre la precisión de la lógica hegeliana para la delimitación del objeto desde lo metodológico esencialmente.
- *El proceso de objetivación*: Se analiza sucintamente sobre los procesos de objetivación y subjetivación de quien investiga y/o interviene desde las Ciencias Sociales ante su objeto analítico.

- *El análisis de los “Supuestos Base” en lo metodológico:* Partiendo de ciertas cuestiones que se toman como punto de partida, y que surgen de los dos puntos anteriores, se intenta una primera delimitación más precisa de la diferenciación planteada entre el “plano del pensar” y el “plano del ser”, y en su misma lógica, lo abstracto y lo concreto, los conceptos y las categorías o fenómenos.

En cuanto al *método analítico* que se plantea, se entiende que tanto Kant (1724-1804) como Hegel (1770-1831) son pensadores identificables con las bases del Iluminismo en tanto cultivo de la razón en su forma más substancial (crítica sistemática). Son hombres de su cultura y de su tiempo, por tanto son hombres que hacen a las raíces teóricas-filosóficas de la racionalidad moderna de la Europa Ilustrada; la misma que deviene de constantes cambios producidos por la revolución científica, el racionalismo filosófico y la consecuente necesidad de comprender los hechos que se van sucediendo más allá de lo que el entendimiento permite. Se está a finales del Siglo XVIII, punto de inflexión en el pensamiento moderno, donde los procesos de racionalización instrumental y promesas emancipatorias comienzan a hacer uso de sus galas.

Ahora, ¿por qué retomar a estos autores y definirse por la lógica de uno de estos? La respuesta puede parecer radical (y lo es, pero tiene su “lógica”). Porque se los concibe como el punto de partida con relación a la razón de los métodos analíticos, los que luego por autores posteriores fueron deviniendo en distintas doctrinas o corrientes de pensamiento, seguidores de uno u otro. Se considera que ir a la esencia habilita a delimitar el objeto de la manera más “pura”, superando las formas que tales o cuales seguidores hayan trascendido. Se los puede tildar de “viejos”, “en desuso”, pero no hay vuelta, lo plantearon antes (y hasta mejor, según criterio personal), respetando exquisitamente la esencia de los contenidos de los constructos. Es decir, con esta lógica se pretende desde lo metodológico ser coherente con los postulados que en esta investigación se presentan y que hacen a la delimitación del objeto en cuestión.

De esta manera, más allá de reconocer a uno y otro como pilares de la racionalidad de la lógica analítica, es necesario tomar posición por uno en

tanto devienen a posturas distintas. Por esta razón, se distingue la lógica hegeliana como instancia de *superación*¹⁸ del método kantiano.¹⁹

Para Kant, los grandes problemas de la filosofía moderna redundan en la razón teórica y la razón práctica, esto es: “el problema de establecer un fundamento para el saber y el problema de establecer un fundamento para la acción moral”. (Pérez Soto, 2008: 16) La filosofía moderna se distinguiría así de la de los griegos en los puntos filosóficos medulares de cuestionamiento: la primera formula sus preguntas ontológicas en tanto posibilidades y límites del saber para la comprensión del ordenamiento de las relaciones sociales en un “*mundo de hombres libres*”; en la segunda, la ontología hurga entre los rasgos y límites de la moralidad. El fundamento podría estar dado en que el saber sobre la naturaleza y su dominio no persigue o contiene trasfondos éticos o morales. (Pérez Soto, 2008)

Desde este punto Kant comienza su procesualidad analítica en el orden de las ciencias, distinguiendo, en principio, dentro de los filósofos modernos a los empiristas (Francis Bacon, John Locke, George Berkeley y David Hume) de los racionalistas (René Descartes, Baruch Spinoza, Gottfried Wilhelm Leibniz y Christian Wolff). El punto de distinción no estaría dado en la relación en cómo un sujeto capta mentalmente un objeto (idea del saber), ni en cómo las leyes que rigen la realidad deben operar sobre lo real (certeza del saber), sino en la aprehensión del objeto desde el sujeto. Así, para los empiristas, el saber es verdadero epistemológicamente cuando se corresponde con la verdad del objeto ontológicamente: “el saber es posible porque el objeto es captado por los sentidos y elaborado como idea por el intelecto”, no habiendo posibilidad de un saber universal y necesario sino que sólo podría confiarse en lo que el hábito indica. Para los racionalistas, sin embargo, el saber empírico no tiene fundamento en sí mismo

18 Desde el punto de vista de la dialéctica hegeliana, como se verá a continuación, en el sentido de *aufheben*: suprimir, conservar, elevar.

19 Téngase en cuenta que Hegel trascendió los planteamientos de Kant en tanto sus escritos fueron posteriores en el tiempo (aproximadamente cincuenta años), razón por la cual es atendible tener presente que la superación de Hegel de los postulados kantianos difícil hubiese ocurrido sin lo dicho por Kant en su momento.

por lo que apelaron a una “intuición racional” como punto de partida con mayores garantías que la empiria pura. Kant rechaza tanto la intuición racional de los racionalistas como la experiencia de los sentidos como fuente del saber de los empiristas, debiendo haber “un ámbito de saber que sea a la vez empírico (se da en la experiencia) y universal necesario. (...) A grandes problemas... grandes soluciones.” Y propone dos grandes operaciones: por un lado, “la operación del saber constituye lo que captamos como objeto”; por el otro, “los “objetos” clásicos de la metafísica (Yo, Mundo, el Dios de la razón teórica) (...) son necesidades y operaciones internas de la propia razón en su uso teórico”. (Pérez Soto, 2008: 22)

Kant deja de considerar a la operación del saber como un mero “canal”, o una mera operación sintáctica, y le atribuye un contenido. Por un lado, ese contenido es un conjunto de actividades de la razón a las que atribuye la capacidad de configurar al objeto que es captado por el yo. Por otro lado, es la estructura de esas actividades, de cuya operación surgirían ciertos “usos abusivos”, plenamente estructurales, internos (y como tales, ineludibles), que harían posible que creamos captar los “objetos” de la metafísica como si fueren realmente objetos. (Pérez Soto, 2008: 23)

Así, “yo” “cosa” serían efectos de la razón no teniendo una realidad efectiva de por sí sin tal racionalización. Esto es: carecerían de ser en sí. Asimismo, fuera de la razón humana no habría espacio para su existencia: “La proposición kantiana es que cuestiones como el espacio, el tiempo, la causalidad, la necesidad, la relación y la unidad no son características de eventuales “cosas mismas”, exteriores y previas al acto de saber, sino que son aportadas por el sujeto, están en el orden de la razón misma.” (Pérez Soto, 2008: 27)

De esta manera, para Kant (1945), el entendimiento se encierra en el mundo de los fenómenos a través de tres instancias, a saber:

a) Sensibilidad (*sinnlichkeit*): acción que ejercen sobre los individuos realidades independientes del espíritu.

b) Entendimiento (*verstand*): intuición sensible mediante el uso de categorías ligadas a principios del entendimiento puro.

c) Razón (*vernunft*): síntesis suprema en la que se construyen ideas trascendentales sobre principios del entendimiento.

Reconociendo lo planteado por Kant, ²⁰Hegel (1968) lo niega en su proceso dialéctico de *superación* Hegel reconoce a las mismas como momentos de la dialéctica²¹ del pensamiento lógico, permitiendo el enlace entre la lógica y la ontología. En este sentido, para Hegel, las contradicciones (antinomias) están en el ser mismo, por lo que es necesario aprehender la *totalidad* se considera fundamental para la lógica analítica de la presente investigación, en tanto se logra trascender la razón kantiana según la cual el entendimiento aísla los diversos aspectos de las cosas (relación causa-efecto). *Singularizando* en la delimitación del objeto en cuestión, se considera que ésta es la forma de aprehensión de la realidad que prima en las ciencias de hoy día, ni hablar de las naturales, empero también en las sociales.

Será, pues, tarea de la investigadora depurar la intuición hasta transformarla en representaciones y elaborarla en su esencialidad para llegar a su concepto. Es éste el camino que se intenta transitar cuando se plantea como método analítico la lógica hegeliana para la reubicación de la discusión en relación al proceso de objetivación.

Con respecto al *proceso de objetivación*, resulta fundamental tener presente los dichos de Bourdieu (1987b) en tanto dejar a un lado las divisiones disciplinarias para enriquecer el conocimiento de quien investiga en pro del objeto a ser analizado. Sorteada sucintamente esto, podría surgir otra interrogante: ¿cómo analizar cuestiones tan abstractas a nivel del pensamiento y tan lejos de lo específicamente disciplinario a nivel del objeto

20 Aspecto que plantea en su *Crítica de la Razón Pura*, a partir del análisis de las formas de la lógica y el reconocimiento del “estatismo” (sin cambios) de las mismas desde Aristóteles. En su revisionismo sobre los basamentos de la filosofía, se considera que éste llega a la conclusión que resulta imposible el verdadero conocimiento del mundo.

21 “La dialéctica no es el método de la reducción, sino el método de la reproducción espiritual e intelectual de la realidad, el método del desarrollo, o explicación, de los fenómenos sociales partiendo de la actividad práctica objetiva del hombre histórico.” (Kosik, 1969: 52)

empírico quien ha signado su camino de aprehensión del conocimiento de la realidad a través del Trabajo Social? En primer lugar, teniendo claro el punto de base: momento histórico determinado y espacio geográfico (lo *universal*); las cuestiones interdisciplinarias y de cómo se analizan los objetos según tal o cual disciplina y matrices teóricas “de moda” (lo *particular*); historia de vida, aspectos simbólicos personales, vida cotidiana, etc., en fin, las subjetividades (lo *singular*). En segundo lugar, habiendo dilucidado el método desde el cual se delimita el objeto en cuestión. Analógicamente sería: qué lentes se usan para reconocer y apreciar los colores que ven estos ojos hoy día; más aún, con la posibilidad de ampliar el espectro a medida que se mire más meticulosamente, entre otras cosas, gracias a las gafas.

Así, el proceso de objetivación pretendido se logrará teniendo presente que no sólo el objeto va siendo delimitado según el *rodeo* que vaya realizando quien investiga, sino que, sumado a esto, es mediado por la subjetividad que el mismo logre (o no) superar, si ésta es reconocida como tal. Se piensa que la libertad del investigador en última instancia siempre está, asumiendo aquí la veta *idealista* de quien suscribe, en que: “...el alma no es una entidad simple, abstracta, sino una identidad activa, concreta que se diferencia a sí misma.” (Hegel *apud* Serreau, 1964: 13)

Retomando la discusión entre Kant y Hegel para reconocer el proceso de objetivación, se considera que el primero plantea la comprensión de los objetos analíticos mediante la actividad sintética del entendimiento, intentando sortear un irreductible dualismo en pro de una solución unitaria al problema del conocimiento: unidad de la materia y de la forma. A esto se opusieron en primera instancia Fichte y Schelling, quienes, a su vez, se diferenciaron entre sí, en tanto Fichte “hace de la cosa en sí un absoluto subjetivo, el yo puro, que se plantea a sí mismo al oponerse un no-yo”; mientras que Schelling “opone a este idealismo subjetivo un idealismo objetivo, y conduce todo a un absoluto neutro que denomina la oposición entre el yo y el no-yo, la identidad indiferenciada de lo subjetivo y de lo objetivo que él cree captar inmediatamente por la intuición intelectual”. (Serreau, 1964: 15-16)

En un principio, Hegel adhiere a Schelling, pero ya en 1806, en el Prefacio de la “Fenomenología del Espíritu” rechaza estos dichos y expresa sus

propias posturas:

El absoluto debe ser considerado menos como sustancia que como sujeto, no como una entidad misteriosa de la que no podría deducirse el mundo real, sino como una totalidad viviente que comprende todas sus determinaciones como momentos de su desenvolvimiento. (Hegel *apud* Serreau, 1964: 17)

En este sentido, se considera que al referirse Hegel al absoluto, lo está haciendo en relación a la totalidad en constante movimiento atravesada por determinaciones en su devenir, lo cual, como se ha visto en el punto anterior, remite a la superación de la relación causa-efecto.

En la lógica analítica que se retoma, el sujeto es parte de la relación que genera con su objeto; esto es: el sujeto no se diferencia del objeto porque es su propia objetivación. Y, justamente, en este punto particular Hegel discute con Kant negando sus planteamientos, en tanto aquél considera al conocimiento como un instrumento mediador en la relación sujeto-objeto y por ende dicotomizador, por lo que la única conclusión dable sería la imposibilidad de conocer el objeto: “Si de una cosa modelada descontamos lo que el instrumento ha hecho con ella, la cosa para nosotros -aquí, lo absoluto- vuelve a ser exactamente lo que era antes de realizar este esfuerzo, el cual resultará, por tanto, baldío.” (Hegel *apud* Flaquer, 1995: 7)

El punto en cuestión es que no se puede llegar a la *verdad* a medias; llegar a la verdad implica alcanzar lo *absoluto*. El concepto de verdad en esta lógica no debe entenderse como la adecuación de un objeto con la concepción que el sujeto tenga de él, sino como la consistencia del contenido del pensamiento consigo mismo. Por esta razón, no existe en Hegel un dualismo que escinda la relación sujeto-objeto, resultaría hasta falsa tal oposición, ya que sujeto y objeto son abstracciones que si se los toma por separado no cuentan con una realidad objetiva o existencia empírica. Lo que sí existe es la realidad de la cual se habla, es decir, el sujeto que conoce el objeto o el objeto conocido por el sujeto, trascendiendo así toda concepción dualista de sujeto-objeto a una concepción unitaria del absoluto.

...ningún acto de conocimiento... está estructurado por ese dualismo, ya que a la verdad no sólo le compete la cosa, el objeto, sino el saber que el sujeto tiene de ella. Por tanto, la verdad es, “a una”, cosa y saber. Segundo, cuando el objeto de conocimiento es el mismo absoluto pueden darse dos posturas equivocadas: a) que el sujeto crea tener un instrumento para conocer el absoluto y entonces la razón que cree extraer la verdad del absoluto sólo aprehende lo que este instrumento elaboró del absoluto, lo cual no es el absoluto; b) que la razón sería el medio o la luz por el que el sujeto conoce el absoluto, y entonces la razón sólo conocería esa luz y no el absoluto. De ahí que, siguiendo a Hegel, no pueda tomarse como punto de partida tal escisión entre razón y absoluto, sino ambas “a una”. (Zubiri *apud* Rivas Castillo, 2000: 6)

En síntesis, para Hegel, lo verdadero es absoluto, por lo que sujeto y objeto constituyen una unidad, ambos son el *todo*. Es en este sentido que se entiende para la presente investigación la relación sujeto-objeto y el proceso de objetivación. Por tal motivo, resulta imposible pensar la externalidad del sujeto en relación al objeto, cuestión para nada consensuada, es más, antagónica a la generalidad de lo que hoy día se considera “científico”.

En relación con el análisis de los “Supuestos Base” para lo metodológico, y siguiendo con la analogía de los colores, el punto en cuestión está en que si no se tiene clara la amplitud del espectro (desde donde uno comienza) difícilmente en este aspecto encuentre su camino en el andar. Así, cuando se plantea este punto, se intenta hacer referencia a aquellos cortes arbitrarios que se visualizarán a lo largo del presente trabajo, implícita y explícitamente: “lo abstracto” y “lo concreto”; “lo teórico” y “lo empírico”; “concepto” y “categorías” o “fenómenos”; el “plano del pensar” y el “plano del ser”. Para comprender y analizar este planteamiento, se va a hacer uso de las antinomias hegelianas en tanto aprehensión de sus contenidos desde la *totalidad*.

Hegel vuelve a ser conciso en sus planteamientos y habilita a retomar sus dichos para dar el rodeo pertinente en este punto:

El pensamiento primero se familiariza con lo abstracto y, al avanzar por medio de conceptos, sin substrato sensible, se convierte en la potencia inconsciente de recibir la multiplicidad restante de los conocimientos y las ciencias en la forma racional, de comprenderlos y retenerlos en su parte esencial, de despojarlos de lo extrínseco y de esta manera extraer de ellos el elemento lógico, o, lo que es lo mismo, de llenar con el contenido de toda verdad los fundamentos abstractos de lo lógico, que había adquirido anteriormente por medio del estudio, y darle el valor de un universal, que ya no se halla como un particular al lado de otro particular, sino que se extiende sobre todos estos particulares y es su esencia, esto es, lo verdadero absoluto. (Hegel *apud* Rivas Castillo, 2000: 10)

De esta manera, se podría plantear que la acción del entendimiento, en tanto pensamiento, remite a la concesión del objeto la forma de la universalidad; universal que es un abstracto. En este proceso de separación y abstracción hacia el objeto, el entendimiento niega la percepción inmediata que se mantiene en la esfera de la acción en lo concreto. Como se ha visto, éste resulta el proceso lógico hegeliano en la medida que este entendimiento (reflexivo), que implica conocimiento, es necesario superar en tanto no avanza por el camino de la razón. Se considera al entendimiento en este devenir traspasado, superando el posible dualismo entre abstracto y particular.²²

Más allá que Hegel plantee pares dialécticos (forma-contenido, sujeto-objeto, entre otros), mediando el intelecto uno no puede concluir tan suelto de cuerpo que el entendimiento abstrae y separa dualmente el objeto. Tal como este autor ha planteado, la dicotomía resulta la forma menos compleja que el pensamiento como entendimiento puede instar. Por ello, plantearse este punto desde la concepción de *antinomias* que éste postula se cree resulta lo más acertado, entre otros, porque habilita a pensarlo desde la *totalidad*:

22 Particular porque así es denominado por Hegel, y aquí pensado como lo concreto en el proceso de antinomias presentado en contradicción a lo abstracto.

...perfecta razón para querer conocer con certeza una finalidad, un concepto, antes de entregarnos a lo particular. Primeramente queremos tener la visión total de un bosque para después conocer detenidamente los árboles singulares. Quien considera los árboles primero y solamente está pendiente de ellos, no se da cuenta de todo el bosque, se extravía y se desconcierta en él. (Hegel, 1983: 37)

En este proceso de delimitación de los supuestos base, superadas las dicotomías presentadas en tanto pensarlas como antinomias desde la totalidad, se intentarán demostrar los contenidos que de algunos de estos conceptos Hegel ofrece, de manera de poder ir develando los opuestos complementarios a partir de la dialéctica. Se remite a éstas como determinaciones de la evolución y de lo concreto, como producto del pensar: “El pensamiento se nos aparece, por de pronto, como formal, el concepto como pensamiento determinado (como pensamiento definido); la idea es el pensamiento en su totalidad, el pensamiento determinado en sí y por sí. La idea es, en general, lo verdadero, y lo verdadero solamente.” (Hegel, 1983: 39)

Como se ha visto, la relación entre el pensamiento y lo abstracto como universal remite al conocimiento, razón por la cual el denominado “plano del pensar” estaría vinculado a un mismo nivel analítico en este proceso lógico. ¿Cómo ubicar el concepto también en este nivel? Este aspecto resulta más complejo, en tanto el mismo Hegel (1983) define al *concepto* como *pensamiento concreto*, por más que parezca abstracto en tanto abstracción de lo sensible; sin embargo, también alega que las abstracciones pertenecen a la reflexión del entendimiento. El punto está en que desde lo intuitivo (vida ordinaria, según el autor) el concepto es tomado como pensamiento determinado y no como saber verdadero, como puro universal. Para ello, plantea su superación:

Concepto es el pensamiento, el cual devenido activo, puede determinarse, crear, producir; tampoco es mera forma para un contenido, sino

que se forma a sí mismo, se da a sí mismo un contenido y se determina la forma... Esto, que el pensamiento no es ya abstracto, sino determinado al determinarse a sí mismo, lo resumimos con la palabra “concreto”. El pensamiento se ha dado un contenido, ha devenido concreto, es decir, se ha unificado al desarrollarse; donde se han concebido y unido inseparablemente varias determinaciones en una unidad, estas distintas determinaciones no han de ser separadas. Las dos determinaciones abstractas que él reduce a unidad, son lo universal y lo particular. (...) La actividad viviente del espíritu es así concreta. Luego la abstracción del pensamiento es lo universal; el concepto es lo determinante en sí, lo que se particulariza a sí mismo. (Hegel, 1983: 41)

De esta manera, el pensamiento concreto expresado directamente es el concepto, hacen a la totalidad, por lo que reducir el proceso de delimitación del objeto a partir de pares dicotómicos se contradice con la postura lógica desde la que se toma posición. Sin embargo, también es dable tener presente el proceso de devenir e interrelación entre los anteriormente denominados niveles, en tanto en su esencia podrían entenderse remiten a planos distintos en cuanto procesos de abstracción y por ende, el modo de aprehensión de unos y otros difieren. Por ello, desde la totalidad es donde encuentran estas antinomias espacio para en su esencia diferenciarse y en su devenir contradecirse para traspasarse conteniéndose mutuamente.

Al revés que la articulación de múltiples cosas que la modernidad llama “mundo”, la totalidad hegeliana no transcurre en el tiempo ni tiene una relación externa con el tiempo como ocurre claramente en Newton y en todo el naturalismo moderno. El concepto produce internamente al tiempo de modo que su existencia ocurre en algo que, en nuestro lenguaje preñado de temporalidad, estamos obligados a llamar “presente absoluto”, mientras que los seres humanos, en tanto empíricos y finitos, lo experimentan (se experimentan) como sucesión. El devenir es la diferencia interna, no necesariamente temporal, en ese presente absoluto. Respecto del devenir no cabe, sino metafóricamente, distinguir un pasado y un futuro externos y

objetivos como en el tiempo abstracto. (...) Sostener que el movimiento de las categorías es histórico es afirmar que es la exteriorización del despliegue en principio puramente interno de un sujeto. (Pérez Soto, 2008: 53-54)

Tal como plantea Kosik, el conocimiento no es contemplación, sino que para que el individuo pueda conocer debe transformar las cosas en para sí, y en ese movimiento tomar distancia de la “cosa misma”, de su estructura, análisis “que debe abarcar el problema de la creación de la actividad que abre el acceso a la “cosa misma”. (Kosik, 1969: 40)

El hombre vive en varios mundos, y cada uno exige una clave distinta; no puede, en consecuencia, pasar de un mundo a otro sin poseer la clave correspondiente, es decir, sin cambiar de intencionalidad y de modo de apropiarse la realidad. Para la filosofía y la ciencia moderna —enriquecida ésta continuamente con el concepto de praxis— el conocimiento es uno de los modos de apropiación del mundo por el hombre. Por otro lado, los dos elementos constitutivos de todo modo humano de apropiación del mundo son el sentido subjetivo y el sentido objetivo. (...) Estos mismos sentidos (...) son un producto histórico-social. (Kosik, 1969: 41)

Para este autor, todo individuo ve más allá de lo que percibe directamente, en tanto la realidad es percibida como un todo indivisible de entidad y significados, signada por juicios de existencia y valor. Por ello:

Sólo mediante la abstracción, la tematización y la proyección, se pueden aislar de este mundo real, pleno e inagotable, determinados aspectos, zonas o esferas, que el naturalismo ingenuo y le positivismo consideran como los únicos y auténticos y como la única realidad, mientras desechan el “resto” como pura subjetividad. (...) Todo objeto percibido, observado o elaborado por el hombre es parte de un todo, y precisamente este todo, no percibido explícitamente, es la luz que ilumina y revela el objeto singular, observado en su singularidad y en su significado. (Kosik, 1969: 42-42)

Resulta fundamental la praxis objetiva y la asimilación práctico-espiritual de la realidad, ya que la negación de una u otra llevan, ya sea al irracionalismo, o a la unilateralidad de un racionalismo, positivismo y cientifismo que terminan en el mismo camino de la irracionalidad.

Por todo lo antedicho, se propone una investigación dialéctica de la realidad social, que es el punto de vista de la realidad concreta, esto es: *“cada fenómeno puede ser comprendido como elemento del todo”*. Así, la diferencia entre el conocimiento sistemático-acumulativo (propio del positivismo) y el conocimiento dialéctico radica, fundamentalmente, en que para el primero el conocimiento humano llega a abstracciones en partes de la realidad en tanto ésta resulta un conjunto de hechos, siendo así la realidad como todo incognoscible. Sin embargo, al comprenderse la realidad como un todo estructurado, que se desarrolla y se crea, “el conocimiento de los hechos, o de conjuntos de hechos de la realidad, viene a ser el conocimiento del lugar que ocupan en la totalidad de esta realidad (...) no es la sistemática adición de unos hechos a otros, y de unos conceptos a otros, sino en un proceso de concretización, que procede del todo a las partes y de las partes al todo”. (Kosik, 1969: 62)

Ahora, ¿cómo llegar a los planteamientos del existencialismo desde los cuales también se da cuenta el análisis que se intenta realizar en esta investigación? En principio, el método progresivo-regresivo sartreano encuentra en la dialéctica el proceso medular para su razón de ser. Es el objeto del existencialismo “el hombre singular en el campo social, en su clase en medio de objetos colectivos y de los otros hombres singulares, es el individuo alienado, reificado, objetivado... luchando contra la alienación” (Sartre, 2000: 112) La totalización dialéctica debe contener los actos, las pasiones, las categorías, y al sujeto o acontecimiento en el conjunto histórico, con el sentido del presente en relación con la orientación al porvenir. Sartre califica a este método progresivo-regresivo de heurístico, encontrándose el sujeto (en tanto individual y colectivo) en el interior del movimiento del objeto que lo condiciona y el cual éste condiciona. De esta manera, su accionar se encuentra inscrita en la totalidad, considerada implícita y

abstracta, razón por la cual el método estará construido por el vaivén de “lo biográfico profundizando en la época, y la época profundizando en la biografía. (...) Nada puede ser descubierto sí primero no llegamos tan lejos como nos sea posible en la singularidad histórica del objeto.” (Sartre, 2000: 108-112)

...la profundidad del hombre es el mundo, luego que la profundidad la tiene el mundo por el hombre. La exploración de esta profundidad es un descenso de lo concreto absoluto a su más abstracto condicionamiento... (...) El vaivén contribuye a enriquecer al objeto con toda la profundidad de la Historia, y determina en la totalización histórica el lugar aún vacío del objeto. (Sartre, 2000: 115)

En este proceso de jerarquía de significaciones que pueden llegar a ser tan heterogéneas como individualidades, resulta necesario remitirse a un método que el movimiento de lo progresivo-regresivo mediado por la dialéctica y la totalidad den cabida al análisis del objeto en un movimiento de enriquecimiento totalizador, donde la condensación del momento precedente sea parte constitutiva de la superación: “Verdad es que el individuo está condicionado por el medio social y se vuelve hacia él para condicionarlo; eso es-y no otra cosa- lo que hace su realidad.” (Sartre, 2000: 63)

Por esta razón, el sujeto que investiga y “su” objeto forman una pareja de mutua interpretación, en un proceso que también es mediado como un momento de la historia: “Para nosotros, la realidad del objeto colectivo descansa sobre la recurrencia; manifiesta que la totalización no está terminada nunca y que la totalidad de existir lo es a título de totalidad destotalizada.” (Sartre, 2000: 68)

Retomando la frase de Engels: “los hombres hacen la historia sobre la base de condiciones reales anteriores... pero son ellos los que la hacen, y no las condiciones anteriores” (*apud* Sartre, 2000: 74), ésta encuentra su luz en el movimiento de la praxis ya que los sujetos dejan de ser “vehículos de unas fuerzas inhumanas” sino productores y producto del mundo social.

Así hace el hombre la Historia: lo que quiere decir que si se objetiviza, se aliena; con este sentido, la Historia, que es la obra propia de toda la actividad de todos los hombres, se les presenta como una fuerza extraña en la exacta medida en que no reconocen el sentido de su empresa en el resultado total y objetivo. (...) Así, la pluralidad de los sentidos de la Historia no se puede descubrir y plantearse para sí sino en el fondo de una totalización futura, en función y en contradicción con aquélla. Esta totalización en nuestro oficio teórico y práctico tiene que hacerla más próxima cada día. Todo está oscuro todavía y sin embargo todo está en plena luz... (Sartre, 2000: 77)

Historia y totalización como una unidad en tanto posibilidad de llegar analíticamente a los acontecimientos, “como diversas expresiones de un núcleo central que se manifiesta en ellos”. La historia como “conjunto de una civilización, la significación común a todos los acontecimientos en una época” (Murillo, 1996: 44). Pareciera, entonces, no encontrarse grandes contradicciones entre la dialéctica hegeliana y el método progresivo-regresivo sartreano, menos aún en totalizaciones y concepciones de sujeto y objeto. Epistemológicamente pareciera que en lo metodológico pueden ir de la mano, como un camino trazado por un autor y delineado por el otro, que está habilitado a recorrerlo, para que en sucesivos *rodeos* de un proceso analítico eso que se halla a plena luz pueda irse develando y trascendiendo de lo fenoménico, de la *pseudoconcreción*, al decir de Kosik (1969).

Aquí podría argumentarse que entra en conflicto con esta postura de la Historia y la Totalización otro de los autores que atraviesa toda la investigación, como lo es Foucault, en tanto, para éste, “el historiador “global” pretende recrear el pasado tal como fue, pero lo hace usando las categorías del presente y termina arrogándose el descubrimiento de la verdad histórica. Verdad, que por otra parte, a menudo sirve para justificar una cierta visión y unas ciertas prácticas del presente.” (Murillo, 1996: 45)

Más allá que en lo personal no se comparte con este autor lo aquí planteado (aunque quien es una para discutir autores de tal talla), de todas

maneras, se reitera lo planteado en la introducción: Foucault y Sartre no comparten en este texto espacios desde lo epistemológico y teórico, sino en lo teórico y ético.

Como cierre de este punto, se quisiera hacer referencia a la conjunción entre pensamientos, narraciones, relatos, discursos, en tanto la investigación se halla mediada por estas conjunciones conjugadas de unas cuantas entrevistas que median toda la lógica de exposición. Se comparte con Heler cuando plantea que “si se entiende que pensar es narrar, al pensar narramos. Y los pensamientos son narraciones y partes de relatos”. Estos relatos adquieren su doble significación de reiteración y/o recreación, en tanto “seres humanos existimos como nudos de una red de narraciones, incluidos en su entramado”. (Heler 2007: 1) Constantemente se intenta a lo largo de la investigación ser ecuánime, no tomar partido, y en ello estarán puestos los mayores esfuerzos, pero no se desconoce que:

...nuestra narración tiene el poder de encausarnos hacia los relatos aceptados, imponiendo una voz autorizada por encima de murmullos discordantes (que a veces se convierten en gritos desafortunados), que circulan aun cuando se los silencia, que se manifiestan en comportamientos dislocados, entonces incomprensibles e indeseables. Pensar es narrar una narración donde se articula nuestro pensar, nuestro saber, nuestro actuar y también nuestro poder. Pero la mayoría de las veces narramos lo que hay que narrar. Pensamos dentro de un corsé que nos sujeta a ciertas formas de saber y poder, que a su vez nos hace lo que somos: nuestra propia subjetividad está conformada por y en esas narraciones compartidas. Tendemos por ende a narrar el relato oficial. (Heler, 2007: 2)

Como se ha planteado en la introducción, y se vuelve a insistir aquí, se ha hecho especial hincapié en la escucha atenta de aquellos que generalmente no son escuchados (niños y niñas, en primera instancia, familias en su complementariedad), al menos no atentamente, intentando dejar fuera ese corsé que pudiera predeterminar desde la valoración simplemente subjetiva (bajo el discurso de la objetividad), aspectos tan relevantes como las

“verdades científicas” que aparecen dichas (y recalçadas como tales) desde el saber/poder presente en la mayoría de los discursos que sí son siempre escuchados (y que aquí se encuentran representados en referentes de las instituciones salud y educación). Quizá el peligro esté, contrariamente a lo planteado por Heler en esta cita, a caer en la “defensa” de las sensibilidades rescatadas de las narraciones de aquéllos se entienden la parte más fina de esta madeja. Y de ahí, la tendencia personal a la resistencia, y ahí sí haciendo acuerdo con este autor:

En medio de y contra los modos de pensar, de narrar, en cierto momento dominante, se encuentran resistencias, resistencias generadas por la desconfianza hacia los desgarrones y obstáculos del modo de narración hegemónica –que no dejan por ello de sujetar nuestros pensamientos y acciones–. Nos desafía entonces la atracción por el vacío, por el abismo, de afrontar las tensiones y los conflictos de nuestras prácticas, de aventurarnos por las derivas clausuradas, de probar alejarnos de los senderos ya marcados, con sus encrucijadas bien señalizadas. Nos desafía entonces la posibilidad de perder seguridad para ganar en creatividad, para dejar fluir nuestra potencia, nuestro poder de pensar. (Heler, 2007: 2)

Esta última frase se cree medular, confiando en poder ganar creatividad que permita dar cuenta de una realidad sumamente compleja y agobiante para muchos, más allá que se pierda la seguridad de los planteamientos hegemónicos.

Dispositivos de disciplinamiento.

Habiendo dejado especificados esencialmente los fundamentos metodológicos y epistemológicos que dan sustento a la presente investigación, se intentan plantear en este punto uno de los sustentos teóricos que adquieren mayor relevancia y transversalizan todo el cuerpo del trabajo: los dispositivos de disciplinamiento. Los aspectos éticos atraviesan cada una de las palabras que se escriben, medidas éstas en el valor de su significado.

En relación a esto último, y siendo consecuente, se intentará especialmente no generar contradicciones en el plano del discurso en tanto palabras que adquieren significados distintos (o que ni siquiera adquieren significado) entre los planteamientos foucaultianos y los autores que sustentan los aspectos metodológicos y epistemológicos. Un ejemplo claro de ello es la distinción entre genealogía y devenir. Se sabe que tal escisión no debería ser fragmentada tan arbitrariamente, entre otras cosas porque va “contra” cuestiones basales como la totalidad planteada, pero se cree que ha sido clara la explicitación y fundamento de por que se requiere esta lógica de exposición.

En principio, se considera relevante delimitar los conceptos de genealogía y de poder desde el punto de vista foucaultiano, de manera de lograr la hibridación de los mismos en un único contenido que trascienda tales especificidades. Con genealogía, Foucault alude a un concepto que supera al de historia, en tanto ésta la halla constreñida al saber “erudito” y hegemónico de una época y lugar, bajo el legado arbitrario de “ser ciencia”, dejando por fuera el saber “de la gente”. Así, genealogía habilita al “acoplamiento que permite la constitución de un saber histórico y de las luchas y la utilización de este saber en las prácticas actuales”. (Foucault *apud* Murillo, 1996: 67) Esto es, la ubicación temporo-espacial de los hechos históricos concretos carecen de sentido si no se los ubica y se los comprende en el contexto socio-relacional en el que suceden. Así: “La genealogía no se opone a la historia como la visión de águila y profunda del filósofo en relación a la mirada escrutadora del sabio; se opone por el contrario al despliegue metahistórico de las significaciones ideales y de los indefinidos teleológicos. Se opone a la búsqueda del origen.” (Foucault *apud* Murillo, 1996: 64)

Así, sujetos y relaciones de fuerza (manifiestas o latentes) adquieren especial relevancia para la construcción histórica de lo social, ya no como determinismo histórico sino considerando los acontecimientos en sus concreciones más singulares y en la relación generada en las prácticas discursivas (entre lo intradiscursivo y lo extradiscursivo).

Como se ha visto en el punto anterior, en este posicionamiento en re-

lación a la historia, Foucault se opone tanto a Hegel en su idealismo más “puro” de reconciliación de la realidad y la razón a través de ésta y a Sartre, por la conjunción que de alguna manera lo acerca a estos planteamientos hegelianos. Asimismo, se distingue de algunos postmarxistas, más allá que del mismo Marx recupera varios textos que pueden reconocerse en *Arqueología del Saber*, por ejemplo. También se opone al valor dado a la represión por parte del Psicoanálisis, en tanto éste puede constituirse también en dispositivo de poder. Sobre los dichos de estos autores dirá: “Estos postulados tienen una genealogía y unos efectos de poder, que consisten en substancializar los procesos ocultándonos su construcción, impidiéndonos captar las relaciones y haciéndonos ver reificaciones que naturalizan relaciones sociales que son producto de procesos históricos concretos”. (Murrillo, 1996: 93)

En relación al concepto de poder, Foucault pone el énfasis en lo relacional por sobre la substancia, ubicándolo dentro de relaciones de fuerza intencionales (en tanto direccionamiento) ejercidas ante alguna resistencia o rebelión en potencia, e inmanentes a las relaciones sociales: “El poder no es una substancia. Tampoco es un atributo misterioso del que habría que buscar sus orígenes. El poder no es más que un tipo particular de relaciones entre individuos. Y estas relaciones son específicas...”. (Foucault, 1992b: 132) Esto implica el atravesamiento de todo el cuerpo social, siendo un ejercicio no una posesión. La “*condición de posibilidad del poder*” no hace pues a puntos centrales que lo irradian, sino a la existencia permanente de relaciones de fuerzas que en situaciones de desigualdad se materializan, lo cual sucede a cada instante y en todas partes, más allá existan puntos de mayor concentración de poder. De ahí la “*omnipresencia del poder*”, y no por una concepción de “Poder” unitario de sujeción donde aparecerían dominados y dominadores (lejos está de este planteamiento como se verá). Así, el poder adquiere un redimensionamiento que trasciende lo represivo y coactivo, vislumbrándolo como activo y constructivo a través de dispositivos²³ tales como la familia, la escuela, el trabajo, etc.

23 “Lo que trato de situar con este nombre es, en primer lugar, un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones, arquitectó-

Es a partir de esto último donde comienzan a hilvanarse ambos conceptos en las palabras mismas del autor, quien plantea una genealogía del poder como forma de comprenderlo, trascendiendo la visión restrictivamente coactiva que se le atribuye. Cómo se concretizan hoy día las relaciones de poder (en sus diferentes maneras de manifestarse) responde a un devenir de su ejercicio a lo largo del tiempo, siendo medular la mediación de las formas de poder que se fueron o no legitimando en los diversos contextos, esto es: a través de las iniciales instituciones feudales de la Edad Media, los posteriores diagramas de poder monárquicos hacia el siglo XVI, hasta los discursos jurídicos burgueses basados en la teoría de la soberanía de los contractualistas. De esta última resultan las representaciones que contemporáneamente se conforman desde lo negativo, represivo y coactivo del poder. Por ello, Foucault analiza la superación de esta visión en la trama de la historia y la sociedad, reconociendo lo positivo y constructivo de estas relaciones en el marco de los dispositivos generados en los diversos diagramas.²⁴

En esta genealogía del poder propuesta por el autor queda en evidencia el atravesamiento institucional de normas, pautas, valores, etc., a través de dispositivos que van adquiriendo mayor o menor relevancia según las formas de poder que se vayan reconociendo como hegemónicas desde lo genérico. Así, surgido de los diagramas monárquicos del siglo XV, el Estado burgués basado en el “*arte de gobernar*”, se va redimensionando hacia el ejercicio de un poder individualizante (acoplado al de totalizador), reconocido por Foucault en un principio como “*poder pastoral*” (en tanto abnegación individual de quien “dirige” por el bien colectivo, en el cuidado de

nicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos.” (Foucault apud Murillo, 1996: 80)

24 “El diagrama es una máquina abstracta que hace ver y hablar, una causa inmanente coextensiva a todo el territorio social, realizándose en máquinas concretas o dispositivos (como la familia, la medicina o la sexualidad) que son quienes concretan o efectúan las relaciones de fuerza, valiéndose de “técnicas-tácticas” específicas para actuar sobre los cuerpos.” (Murillo, 1996: 79)

cada uno de los individuos) y luego en la razón de Estado: “La racionalidad política se ha desarrollado e impuesto a lo largo de la historia de las sociedades occidentales. En un primer momento se ha enraizado en la idea del poder pastoral, más tarde en la de la razón de Estado. La individualización y la totalización son dos de sus efectos inevitables”. (Foucault, 1992b: 133)

Para el siglo XIX, se perfila con más notoriedad aquel poder de soberanía mentado por los contractualistas y devenido en mutación del derecho político, donde la cláusula básica estará en “*hacer vivir y dejar morir*”. Así, el poder entra de plano en los cuerpos individuales y colectivos; en los cuerpos singulares y cuerpos genéricos; en los cuerpos individuo y cuerpos sociales. Los dispositivos comienzan a tomar un rol protagónico como mediación para la concreción de poblaciones productivas, enderezadas en sus conductas malogradas cuando así se manifestaran (la escuela y la fábrica aparecen como dos ámbitos destacables, sin lugar a dudas):

...ahora las técnicas de poder disciplinario investigarán no sólo al hombre-cuerpo sino también al hombre viviente, no sólo permitirán controlar el cuerpo sino que le construirán un alma racional y volitiva que será su cárcel, le organizarán un Yo normal, racional, libre e individual. La disciplina rige a una multitud de cuerpos deshaciendo las confusiones, las mezclas, vigilando, adiestrado, educando, curando, castigando. (Murillo, 1996: 146)

Aquí entran en juego dos conceptos medulares: el de “biopolítica” y el de “anatomopolítica”. Por el primero, entiende al control de las grandes masas de población en tanto “*hombre-especie*”; por el segundo, al desarrollo de técnicas²⁵ tendientes a controlar un número más reducido de cuerpos

25 “...una técnica es, tradicionalmente un conocimiento, que es aplicado a la producción de artefactos; a partir del siglo XIX surge la idea de “tecnología”, como conjunto de conocimientos provenientes del ámbito de la ciencia y aplicados con fines industriales a los efectos de la producción de mercancías. (...) toda técnica o tecnología, es al mismo tiempo una táctica, en tanto toda técnica es una forma de apaliar el saber-poder, una técnica didáctica, o psiquiátrica... también genera (y esto le es algo intrínseco) unos modos

remitidos a espacios concretos en tanto *“hombre-cuerpo”*. En esta transmutación de tácticas²⁶ en los diagramas a través de los dispositivos, se va perfilando una microfísica del poder, un panoptismo (concepto retomado de Jeremías Bentham) que ejerce la función de un gran ojo de poder presente de manera constante, “vigilando” a toda la población: “El panoptismo, la disciplina y la normalización caracterizan esquemáticamente esta nueva fijación del poder sobre los cuerpos que se implantó en el siglo XIX”. (Foucault, 1992b: 28) El desarrollo de la Medicina tuvo aquí un rol trascendental, que fue acompañado sucesivamente por diversas disciplinas de las Ciencias Sociales; también la Arquitectura, donde las construcciones circulares y la posible mirada constante del otro (disociación de ver-ser visto como eje central, ya que el vigilante no necesita estar físicamente sino que se instale en la conciencia de quien “estaría siendo visto”) permitían la interiorización de ese otro en las conductas individuales:

En el Panóptico, cada uno, según su puesto, está vigilado por todos los demás, o al menos por alguno de ellos; se está en presencia de un aparato de desconfianza total y circulante porque carece de un punto absoluto. La perfección de la vigilancia es una suma de insidias. (Foucault, 1989: 20)

El panoptismo como una nueva anatomía política, la interiorización de la vigilancia constante del otro en las conductas singulares, generó un sentimiento nuevo (y esperado): la culpa. Es el ejercicio más “puro” del poder, sin obstáculos ni resistencia sobre el que es ejercido:

El poder ya no se identifica sustancialmente con un individuo que lo ejercería o lo poseería en virtud de su nacimiento, se convierte en una maquinaria de la que nadie es titular. Sin duda, en esta máquina nadie

de hablar, de comportarse, de obedecer, que suponen unos ideales, unas aspiraciones, que cualifican a los cuerpos involucrados en su uso.” (Murillo, 1996: 75)

26 “La táctica aparece vinculada a los efectos locales del poder, a veces conscientes y racionales.” (Murillo, 1996: 74)

ocupa el mismo puesto, sin duda ciertos puestos son preponderantes y permiten la producción de efectos de supremacía. De esta forma, estos puestos pueden asegurar una dominación de clase en la misma medida en que disocian el poder de la potestad individual. (Foucault, 1989: 19)

Esta sociedad normalizadora es mediada por “*tecnologías reguladoras de la vida y tecnologías disciplinarias del cuerpo*”, tal como se ha visto, desde la biopolítica y la anatomopolítica, ambas como tecnologías de poder, dirigidas a la vigilancia y al adiestramiento. Así, la relación Estado-instituciones adquiere un relieve fundamental, articulándose todos los dispositivos imbricadamente en una “*función individualizante y totalizante del Estado*”.

A través del panoptismo, imbricado con la anatomopolítica y la biopolítica, se realza una genealogía del poder destinada a normalizar sujetos constreñidos en sus cuerpos, bajo la atenta mirada de las ahora grandes responsables, las familias, y mediante dispositivos escolares tendientes a servir en un futuro a la máquina de producción capitalista. Las familias, al mejor estilo parsoniano (véase: Parsons, 1970), serán las encargadas de producir y reproducir, por un lado, hábitos, pautas y valores propias de la hegemonía imperante, y, por otro, seres hábiles para sostener la maquinaria industrializadora en pro de un beneficio colectivo. Así, lo singular y lo genérico se hibridan en una misma lógica de dominación, quedando en evidencia que quien no se adapte queda excluido, y quien logre recorrer este camino en los términos de la normalidad queda incluido.

En estas sociedades occidentales modernas, que desde fines del siglo XVIII han venido siendo el hilo conductor del ser y deber ser de los sujetos, necesitaron demarcar parámetros estandarizados que habilitaran la producción y reproducción de la lógica imperante. Así, para lograr un obrero concentrado y aplicado en la producción debió haber un niño adaptado en la escuela, que aprendiera disciplinadamente, mirando hacia adelante, sin moverse, respondiendo al timbre como direccionamiento de las conductas; para lograr una mujer que reprodujera e hiciese reproducir las pautas y valores del deber ser hegemónico, debió haber una niña dócil, sin reclamos, prolijamente sentada y recatada, que aprendiera los menes-

teres domésticos como único proyecto para su vida direccionada desde la niñez. La disipación como conjuro y la regularidad como imposición van perfilando sujetos que en sus manifestaciones deben ser dúctiles, solapando muchas veces esencias de seres que quisieran distar de estas formas. Y si impera el ser sobre el deber ser se configuran mecanismos de control que habilitan su marginación, sopesando el juzgamiento colectivo (a través de la moral) y/o el individual (a través de lo psicológico).

Este ejercicio del poder que lleva a la interiorización de ideales, de vivir desde el deber ser como si fuera la propia elección singular, de producir y reproducir pautas y valores propios de la ideología dominante, es visualizado como un modo positivo del mismo; trascendiendo el “no hagas”, “no mires”, “no toques” de un poder prohibitivo o coactivo. En este contexto, es necesario poner especial énfasis en la familia y en la infancia, tomando los recaudos necesarios para ello tanto el Estado (universalización de la educación pública, por ejemplo), como moralistas y filántropos (héroes y salvadores de una moralidad conservadora donde la diversidad no tiene cabida por fisura alguna):

El siglo XIX verá crecer el interés por ambos, en la medida en que los lazos familiares, se evidencian claramente como elementos que pueden favorecer la salud pública, ya que pueden impedir que los hombres se entreguen a la vida licenciosa o participen en motines. La familia, en tanto construye al niño como matriz del adulto, debió aprender reglas de higiene, de alimentación, de comportamiento, y en este sentido se transformó en un agente de medicalización. (Murillo, 1996: 123)

La familia como dispositivo será la embanderada en habilitar el pasaje de la barbarie a la civilización²⁷ de sociedades en procesos de expansión industrial y con lógicas imperantes de la razón moderna. Su rol es tras-

27 Estos conceptos son vertidos por José Pedro Barrán, historiador, analista desde la genealogía de los procesos de disciplinamiento de la sociedad uruguaya, que a través de su “historia de la sensibilidad” marca el punto de inflexión entre la barbarie y civilización de esta sociedad. (Barrán, 1992)

cidental en tanto “bisagra entre la salud del cuerpo social y el control de los individuos particulares”.

La medicina, como técnica de la salud en el marco de las estructuras estatales, resulta medular para la concreción de estos procesos de disciplinamiento centrados en la medicalización: “Ella prescribirá normas generales ligadas al comportamiento, bebidas, comidas, sexualidad, fecundación, habitación, vestimenta. El médico se convierte en el gran consejero y experto”. (Murillo, 1996: 124)

Trascendiendo su función específica de curar, con el discurso de prevenir se fue inmiscuyendo larvadamente hasta en los más pequeños subterfugios de los sujetos, en sucesivos “actos de autoridad” y de ejercicio del poder a través del saber. Hoy día, el diagnóstico atraviesa la cotidianeidad de los sujetos, en esta lógica de demarcación y como una nueva manifestación de una racionalidad instrumental devenida desde hace dos siglos: “Los que gobiernan en la sociedad ya no son los códigos sino la perpetua distinción entre lo normal y lo anormal, la perpetua empresa de restituir el sistema de la normalidad. Esta es una de las características de la medicina actual...” (Foucault, 1992b: 46)

Así, quien no se adapte será tildado como “anormal”, pudiendo ser ubicado a partir de tres figuras diferenciadas, a saber: 1. El monstruo humano. “Se trata pues de una noción jurídica, pero entendida en sentido amplio, ya que no concierne únicamente a las leyes de la sociedad, sino que se refiere también a las leyes de la naturaleza”. 2. El individuo a corregir.

La aparición del “incorregible” es coetánea de la puesta en práctica de las técnicas de disciplina que tienen lugar en Occidente durante los siglos XVII y XVIII -en el ejército, en los colegios, en los talleres y un poco más tarde en las propias familias-. Los nuevos procedimientos de adiestramiento del cuerpo, del comportamiento, de las aptitudes, suscitan el problema de aquellos que escapan a esta normatividad que ya no se corresponde con la soberanía de la ley. (Foucault, 1992b: 36-38)

3. El onanista. “...surge en íntima relación con las nuevas conexiones

entre la sexualidad y la organización familiar, con la nueva posición del niño en el interior del grupo parental, con la nueva importancia concedida al cuerpo y a la salud. Surgimiento, pues, del cuerpo sexual del niño”. (Foucault, 1992b: 36-38) Sujetos anormales, cuerpos sin adiestramiento, parecen ser la variación constante en estos procesos disciplinadores impuestos por una hegemonía de mercado capitalista, donde el cuerpo placer no tiene cabida ante un cuerpo productivo.

Aquellos cuerpos infantiles que osen satisfacer sus sensaciones de placer más primarias a través del tacto serán lapidados por sus adultos responsables, en un proceso constante de vigilancia para no caer en negligencias “sociales”, para perfilar cuerpos que se van construyendo desde pequeños en su deber ser en todas sus morfologías: “La cruzada contra la masturbación traduce la reconversión de la familia en familia restringida (padre, hijos) en tanto que nuevo aspecto de saber y de poder. La preocupación por la sexualidad del niño y por todas las anomalías ligadas con ella, ha sido uno de los procedimientos para construir este nuevo dispositivo”. (Foucault, 1992b: 38)

En esta lógica de mercado, el sujeto es la máquina que individual y colectivamente hace funcionar sus engranajes. Para ello, la conciencia de una producción sistemática y disciplinada es la única salida posible. El cuerpo productivo debe opacar y ocultar cualquier esencialidad del cuerpo placer, en tanto éste es visualizado como negativo para tales concreciones. Así, la sexualidad en sus diversas manifestaciones queda restringida a la reproducción, donde el placer es tabú y el goce una anomalía. Para ello, no sólo los médicos desde el saber/poder ejecutarán los diagnósticos precisos para demarcar quienes se van alejando en el camino de la producción; sino que las familias, a través de la producción sino que las familias, a través de la producción de los padres y de la reproducción de las madres, irán perfilando las conductas y sensaciones hacia una normalidad (y moralidad) imperante. Y así, los sujetos, trascendidos en sus concreciones corporales, serán objeto de asistencia y disciplinamiento constante, ya sea a través de técnicas desde la biopolítica como desde la anatomopolítica. Este poder racionalizado instrumentalmente adquiere la potestad de fabricar cuerpos

con cualidades específicas (obrero, estudiante, madre, Maestra, médico)²⁸ y necesarias para la producción y reproducción del orden imperante en el marco de relaciones sociales “cordiales”.

A través de los dispositivos de disciplinamiento que se han ido planteando, han surgido a lo largo de este punto las tres instituciones basales que dan contenido a este trabajo: familia, salud y educación. Ampliando los conceptos retomados desde el análisis institucional de Lourau (apenas mencionados hasta el momento, pero que se profundizarán más adelante), se recoge la visión de Guattari al respecto: “...la institución tiene como característica ser potencialmente un sujeto analizante que no coincide con un individuo. Sin embargo, no llega a serlo automáticamente: la mayoría de las veces permanece como una estructura ciega, que al actuar fundamentalmente en el registro de la alienación, remite el sujeto a sí mismo y deja al individuo en el impasse, el status-quo.” (Guattari, 2009: 3)

Plantea que si se lograra dejar sin efecto a la institución como totalización, ésta de todas formas puede instaurar modificaciones y cuestionamientos que le permitan volver al *statu quo* transitoriamente “perdido”. En este sentido, Guattari (2009) entiende a la institución como un dispositivo,²⁹ acompasando de cierta manera la concepción foucaultiana de dispositivo. Quizá con Lourau aparecen algunos puntos de mayor divergencia en la conceptualización de institución, cuando da más sustancialidad al contenido teórico de la misma:

La institución es una condensación relacional, un espacio de articulación, de cruce de dinámicas sociales heterogéneas que no provienen de la propia institución. Esto no resta que la institución, nudo de estos flujos, les dé forma y los redistribuya, organice y produzca. La institución no es algo fijo y estático, sino movimiento que entrecruza los procesos sociales. Nudo de complejas y móviles situaciones sociales, no es un todo unificado, fijo y unívoco, sino un entramado de constelaciones discursivas y prácticas económicas, jurídicas, técnicas, políticas, etc. (Guattari, 2009: 7)

28 Adrede está explicitada la distinción de roles y géneros.

29 Éste entendido como red singular de atravesamientos sociales.

Sí se encuentran acuerdos con Lourau cuando plantea los aspectos de la transferencia y contratransferencia inmanentes al análisis institucional, en un movimiento recíproco sobre y entre los actores.

Más allá que se cree pertinente contrastar acuerdos y desacuerdos teóricos sobre un mismo concepto, se cree que la riqueza en ello se halla en la distinción entre formas y contenidos, en tanto constructos que son discursivamente nombrados de la misma forma, en sí son condensados por contenidos disímiles. De eso se trata el saber, el hacer ciencia (fundamentalmente en lo social) y en el reconocimiento de estas distinciones que lejos de generar distorsiones enriquecen las posibles visiones existentes. Lo que sí, se insiste, resulta fundamental dejar en claro la distinción inmanente, que aparece a lo largo de toda la investigación, entre formas y contenidos, y la mediación de lo discursivo en ello.

...una lengua constituye siempre un sistema para enunciados posibles: es un conjunto finitos de reglas que autoriza un número infinito de pruebas. El campo de los acontecimientos discursivos, en cambio, es el conjunto siempre finito y actualmente limitado de las únicas secuencias lingüísticas que han sido formuladas, las cuales pueden muy bien ser innumerables, pueden muy bien, por su masa, sobrepasar toda capacidad de registro, de memoria o de lectura, pero constituyen, no obstante, un conjunto finito. (...) La descripción de los acontecimientos del discurso plantea... ¿cómo es que ha aparecido tal enunciado y ningún otro en su lugar? (...) El análisis del pensamiento es siempre alegórico en relación con el discurso que utiliza. (Foucault, 1986: 44)

En este sentido, Foucault (1986) se cuestiona si tanto la medicina, como la gramática, la economía política, entre otros, resultan una reagrupación retrospectiva que permite a las ciencias en la actualidad ilusionarse en relación a su propio pasado; o si son formas estáticas establecidas de para siempre; o si cubren otras unidades. Plantea varias hipótesis al respecto y sus contrastaciones, a saber:

- “los enunciados diferentes en su forma, dispersos en el tiempo, constituyen un conjunto si se refieren a un solo y mismo objeto”: Si esto fuera así, los enunciados de la psicopatología se referirían todos al objeto designado como locura. Sin embargo, dicha unidad objeto no habilita a individualizar un conjunto de enunciados y su relación en tanto está lejos de referirse a un solo objeto.

- “para definir un grupo de relaciones entre enunciados: su forma y su tipo de encadenamiento”: Ante la creencia que la medicina del siglo XIX se organizaba como una serie de enunciados descriptivos, debió desestimar tal hipótesis en tanto tal enunciación descriptiva no era más que una de las formulaciones presentes en el discurso médico.

- “¿no podrían establecerse grupos de enunciados, determinando el sistema de los conceptos permanentes y coherentes que en ellos se encuentran en juego?”: Más allá se reconstruyera la arquitectura conceptual de la gramática clásica, donde formas y contenidos parecieran estar ya predeterminados, pronto habría que reconocer la aparición de nuevos conceptos los que posiblemente provengan de aquellos, pero habrán otros heterogéneos y otros hasta incompatibles.

- “para reagrupar los enunciados, describir su encadenamiento y dar cuenta de las formas unitarias bajo las cuales se presentan: la identidad y la persistencia de los temas”: Más que buscar la permanencia de los temas, de las imágenes y de las opiniones resultaría más propio marcar la dispersión de los puntos de elección en un campo de posibles estrategias.

En el caso de que se pudiera describir, entre cierto número de enunciados, semejante sistema de dispersión, en el caso de que entre los objetos, los tipos de enunciación, los conceptos, las elecciones temáticas, se pudiera definir una regularidad (un orden, correlaciones, posiciones en funcionamientos, transformaciones), se dirá, por convención, que se trata de una formación discursiva, evitando así palabras demasiado preñadas de condiciones y de consecuencias, inadecuadas por lo demás para designar semejante dispersión, como “ciencia”, o “ideología”, o “teoría”, o “dominio de objetividad”. Se llamarán reglas de formación

las condiciones a que están sometidos los elementos de esa repartición (objetos, modalidad de enunciación, conceptos, elecciones temáticas). Las reglas de formación son condiciones de existencia (pero también de coexistencia, de conservación, de modificación y de desaparición) en una repartición discursiva determinada. Tal es el campo que hay que recorrer ahora; tales son las nociones que hay que poner a prueba y los análisis que hay que acometer. Los riesgos, lo sé, no son pequeños. (Foucault, 1986: 62-63)

En suma, retomando el tema del poder, y en tanto formas y contenidos que pudieran generar confusiones en su construcción teórica, Foucault manifiesta claramente este concepto, en la mayoría de sus obras, no dando espacio a duda alguna:

El poder está en todas partes; no es que lo englobe todo, sino que viene de todas partes. Y “el” poder, en lo que tiene de permanente, de repetitivo, de inerte, de autorreproductor, no es más que el efecto de conjunto que se dibuja a partir de todas esas movilidades... el poder no es una institución, y no es una estructura, no es cierta potencia de la que algunos estarían dotados: es el nombre que se presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada. (Foucault, 1987: 67)

Más allá que diga que esta palabra (“poder”) puede dar lugar a varios malentendidos (de identidad, forma, unidad), lejos está él de concebirlo como conjunto de instituciones y aparatos del Estado que sujetan a los sujetos, o de reglas coactivas, o sistemas de dominación de unos sobre otros que atravesarían el cuerpo social entero. (Foucault, 1987)

Me parece que por poder hay que comprender, primero, la multiplicidad de las relaciones de fuerza inmanentes y propias del dominio en que se ejercen, y que son constitutivas de su organización; el juego que por medio de luchas y enfrentamientos incesantes las transforma, las refuerza, las invierte; los apoyos que dichas relaciones de fuerza encuentran

las unas en las otras, de modo que formen cadena o sistema, o, al contrario, los corrimientos, las contradicciones que aíslan a unas y otras; las estrategias, por último, que las tornan efectivas y cuyo dibujo general o cristalización institucional toma forma en los aparatos estatales, en la formulación de la ley, en las hegemonías sociales. (Foucault, 1987: 66)

De esta manera, según el autor, el poder no se adquiere, arranca, comparte, conserva o deja escapar, sino que su ejercicio está dado a partir de una enorme diversidad de puntos en el juego de relaciones móviles no igualitarias. Estas relaciones son inmanentes en tanto generan efectos inmediatos en desigualdades y desequilibrios, pero asimismo son recíprocamente las condiciones internas de dichas diferenciaciones. No existe una “oposición binaria” de dominadores y dominados, sino que existen relaciones de fuerza múltiple que se forman y actúan en los aparatos de producción y, fundamentalmente, en y desde las instituciones. Asimismo, las relaciones de poder son intencionales y no subjetivas en tanto todo poder ejercido tiene objetivos; de ahí que no provenga de un sujeto concreto (individual) sino de las tácticas que encadenándose conforman dispositivos de conjunto: “no hay nadie para concebirlas y muy pocos para formularlas: carácter implícito de las grandes estrategias anónimas, casi mudas, que coordinan tácticas locuaces cuyos “inventores” o responsables frecuentemente carecen de hipocresía” (Foucault, 1987: 69) Y, como se mencionó anteriormente, donde hay poder hay resistencia, la cual nunca está en exterioridad al poder sino que le juega de adversario, “*de saliente para una aprehensión*”, estando sus puntos de resistencia más o menos diseminados según el espacio y el tiempo. Tomando en cuenta todo esto, Foucault plantea retornar al análisis de los mecanismos del poder, en tanto en lugar de referirse a una forma única de gran Poder se trata de reconocer la enorme producción de discursos sobre los constructos en análisis en el campo de las relaciones de poder.

Así, Foucault (1987: 71-73) propone reglas, a saber:

- *Regla de inmanencia:* Todo “objeto” se constituye como dominio por conocer a partir que se generan relaciones de poder que lo instituyen como objeto posible, que si es puesto como blanco se debe a que técnicas del

saber y procedimientos discursivos lo inmovilizaron.

- *Regla de las variaciones continuas*: Buscar el esquema de modificaciones de las relaciones de fuerza, puesto que las “distribuciones de poder” o las “apropiaciones de saber” resultan cortes instantáneos en ciertos procesos, siendo las relaciones de saber/poder “matrices de transformaciones” en tanto no estáticas ni establecidas.

- *Regla del doble condicionamiento*: Todo “foco local” requiere de una serie de encadenamientos sucesivos para que funcionen, de una estrategia de conjunto.

- *Regla de la polivalencia táctica de los discursos*: Poder y saber se articulan a través del discurso, el cual transporta y produce poder, razón por la cual es necesario entenderlo como “una serie de segmentos discontinuos cuya función táctica no es uniforme ni estable”; “los discursos son elementos o bloques tácticos en el campo de las relaciones de fuerza; puede haberlos diferentes e incluso contradictorios en el interior de la misma estrategia; pueden por el contrario circular sin cambiar de forma entre estrategias opuestas.” (Foucault, 1987: 73)

Todo el marco teórico permitirá ir dando cuenta de aspectos que se irán hilvanando a lo largo de la presente investigación, habilitando sustentos para lo reflexivo. Así, en relación a uno de los *rodeos* que motivan este proceso de delimitación el objeto en su totalidad, queda en claro lo propuesto por Galende:

En el plano social las representaciones de disciplinas como la Psiquiatría no es recepcionada por el valor de verdad de sus enunciados, su presencia como institución social produce su propia verificación al lograr imponer la creencia colectiva en su conocimiento. De este modo se crean las condiciones sociales necesarias para su propia realización. En este sentido no resulta casual la fundación conjunta de la Psiquiatría positivista y el derecho penal positivo, en el siglo XIX. La definición del delito y la de la enfermedad se basan ambas en una mistificación de las fronteras entre normal-anormal, presentada en las representaciones del discurso de estas disciplinas, no en sus prácticas reales, como fronteras “objetivas”. (Galende, 2008: 66)

Las relaciones de saber/poder en la institución médica encuentran su razón de ser a partir de un conjunto de tácticas y estrategias que conforman dispositivos que hacen a la gran maquinaria que con su enorme engranaje no cesa su funcionamiento. La educación como otro de los dispositivos para el disciplinamiento de las mentes y los cuerpos desde un saber/poder hará galas también en este período de la modernidad. La familia, institución bastante más complejizada en los últimos tiempos, oficia como otro de los dispositivos, quizá de los tres el más “débil” hoy día.

Legitimación del abuso, pérdida de los sentidos.

Este punto pretende dar un primer cierre a lo genérico del objeto en proceso de delimitación, ya concretizando abstracciones del objeto empírico en una pretendida hilvanización de lo que se viene planteando hasta el momento. Así, se parte del fundamento que cuando se legitiman procesos de abuso (en este caso de medicación con psicofármacos), se da una pérdida de los sentidos, desde quienes lo legitiman y desde quienes deben hacer uso de estos mecanismos, dándose una dualidad entre el nosotros y la alteridad en un mismo proceso de pérdida. Los insumos desde la sociología de los cuerpos en cuanto indivisión de las victimizaciones y manipulaciones en el marco de sociedades occidentales modernas resultan un punto de partida y campo teórico densamente abarcable y asible para los fines presentes, para luego enfatizar en los dispositivos de disciplinamiento, tal como se vio en el punto precedente.

La transversalidad de la razón moderna, y su concreción hoy día en la figura del capitalismo, resulta un punto radical en el meollo que se intenta desentrañar en la totalidad de la investigación. Por ello, poder centrar la atención en una de las marcas que el capitalismo ha venido larvadamente reflectando en los cuerpos infantiles implica un punto relevante para la totalidad mencionada. En el Uruguay de hoy, se considera que la niñez está siendo medicada de forma abusiva con psicofármacos, lo cual se cree remite a procesos de sujeción de estos “cuerpos dóciles”. Cuerpos pequeños

que hacen al mundo de la niñez, y que si intentan expresar diferencias en las formas de ser, pensar y sentir, son disciplinados desde el mundo adulto de la manera más vulgar: se los empastilla. Esos cuerpos, las más de las veces plenos de energía y rebosantes de exaltación, quedan tirados sobre una butaca en el aula, inamovibles y desconectados de cualquier sensación. Pero ya no molestan.

No se cuestiona la medicación con psicofármacos para los niños y niñas con reales padecimientos psíquicos por patologías psiquiátricas “científicamente objetivables”, donde los diagnósticos de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD) a nivel mundial implican entre el 3% y 5% de la niñez, más otro 2% de patologías como la depresión infantil. El punto en cuestión es que en el Uruguay tales porcentajes remontan a un promedio del 30%, concentrando los datos cuantitativos en Montevideo, mezclándose así bajo el rótulo de “problemas conductuales” o mismo bajo el “diagnóstico” de “déficit atencional” diversos padecimientos psíquicos que no tienen por qué remitirse todos a patologías. Con esto sí se cuestiona, entre otras cosas, la subjetividad immanente en los “diagnósticos” que apelan extrema objetividad científica.

Cuando hablábamos de las diferentes formas de diagnosticar el síndrome de hiperactividad y déficit de atención, decíamos que la mejor manera es abordar el tema desde diversas áreas, como la salud, la educación o la sociedad. (...) ¿Podemos decidir en forma responsable si un niño está sano o enfermo sobre la base de este tipo de preguntas? ¿Tenemos derecho a modificar su personalidad a través de drogas estimulantes del sistema nervioso, con el dudoso fin de que sea como el resto de los niños, que se porte bien o estudie más? Si analizamos detenidamente estos criterios diagnósticos, observaremos que la mayoría de los niños sanos presenta muchos de los “síntomas” del ADHD. Parece un poco exagerado certificar a alguien, mas aún tratándose de un niño, está enfermo porque mueve demasiado sus manos o pies, o porque habla mucho. (Moyano, 2004: 34)

O claro, quien investiga puede estar erróneamente orientada por la mayoría de los discursos provenientes de las entrevistas y los datos cuantitativos obtenidos y no comprender que más allá que en el mundo las cifras rondan un 7% de medicación con psicofármacos en la niñez, la singularidad del Uruguay nos hace salir primeros por goleada en esta temática, como si se tratase de un mundial de fútbol. ¿Tan enferma está la niñez uruguaya? ¿No será que la distinción entre salud y enfermedad está siendo mediada por un saber/poder que no está logrando trascender aspectos fenoménicos de una complejidad que por sí solos no tienen más que herramientas biológicas para discernir?

El estado como objeto psiquiátrico privilegiado no es exactamente una enfermedad, ni siquiera es, en absoluto una enfermedad, con su desencadenamiento, sus causas, su proceso. El estado es una especie de fondo causal permanente, partir del cual pueden desarrollarse cierta cantidad de procesos, cierta cantidad de episodios que, por su parte, serán precisamente la enfermedad. En otras palabras, el estado es el basamento anormal a partir del cual se tornan posibles las enfermedades. (Foucault, 1998: 290)

En este contexto tan objetivamente subjetivo y subjetivamente objetivo, se toma la analogía de los cuerpos como recipientes, donde los sujetos pasan a ser objetos sin posibilidad de trascender su concreción, impensados desde sus cuerpos ontológicos. Estos cuerpos ontológicos que hacen al ser de la existencia, a la ontología misma. Estos cuerpos que no se piensan, que se niegan en su misma ontología, y que han de ser rescatados "... para pensar allí donde el pensamiento toca la dura extrañeza, la exterioridad no pensante y no pensable de este cuerpo" (Nancy, 2003: 17), esa extrañeza que implica pensarlo desde su imagen.³⁰ Así, en contraposición

30 En este sentido se retoma la noción de imagen planteada por Sartre, a saber: "...la relación de la conciencia con el objeto... una manera determinada que tiene el objeto de aparecer a la conciencia, o, si se prefiere, una determinada manera que tiene la conciencia de darse un objeto." (Sartre, 2005: 15)

y reivindicativamente, se imprime el destaque de la condición de sujeto comprendida en la diversidad sin marcar diferencias por sus condiciones singulares, tanto materiales como simbólicas.

Esto reviste *superar* el par antagónico normalidad-anormalidad, ícono de la razón moderna mediada por el saber científico, donde se diferencia a partir de estandarizaciones y mediciones quien entra o no dentro de lo catalogado como “normal” en estas sociedades occidentales modernas. Y con esta misma lógica, pero ya plasmada en las subjetividades, se distingue lo bueno de lo malo, lo lindo de lo feo, entre otros opuestos complementarios que lejos de repelerse se atraen, pero que trazan las líneas demarcatorias³¹ por las que se rigen los conceptos y preconceptos, y de ahí las simbologías de las formas de ser y estar en la contemporaneidad.

En este sentido, se destaca lo planteado por Luna y Scribano en relación a las *prácticas del sentir*, las que:

...construyen mediaciones sociales de las “formas adecuadas” de oler, mirar, tocar, gustar y oír. Las maneras socialmente válidas y aptas de sentir se cruzan con las lógicas de los sentimientos que constituyen unas formas de sensibilidad social particular donde se anidan las visiones, divisiones y no-visiones del mundo naturalizadas y por ende aceptadas y aceptables. (Luna, R. y Scribano, A. 2007: 26)

En estas sociedades del disciplinamiento moderno, ya todo pareciera estar predeterminado por el deber ser que supera y aliena al ser. Los dispositivos que permiten el andamiaje de esta gran máquina parecen estar funcionando a todo trapo. A no osar ser diferentes, porque eso se mira con ojos de desconfianza. El reino de la *pseudoconcreción* hace sus mayores galas en la modernidad del siglo XXI.

Los cuerpos, en sus percepciones y sensaciones, en su sensibilidad, quedan remitidos al conocimiento del sapiente objetivo sobre la subjetividad

31 “La función de estos actos de demarcación es ambigua en el sentido estricto del término: desde el momento en el que señalan los límites, abren el espacio a una trasgresión siempre posible.” (Foucault, 1992b: 7)

padeciente del sujeto en su esencialidad.

Se comparte la definición de *cuerpo* brindada por Scribano, al plantear que:

...es el límite natural y naturalizado de la disponibilidad social de los sujetos; es el punto de partida y llegada de todo intercambio o encuentro entre los seres humanos. (...) El cuerpo es parte nodal de cualquier política de identidad y es el centro de la reproducción de las sociedades. Aunque parezca obvio sin cuerpo no hay individuo, sin un cuerpo socialmente apto no hay agente y sin cuerpo no existe la posibilidad del individuo de conocerse en tanto sujeto. (Scribano, 2005: 98)

A esta conceptualización se le agregaría la posibilidad de pensarlos como cuerpos ontológicos con la perspectiva de inclusión del “otro” como cuerpo en la alteridad. Sería ampliar la individualidad del cuerpo como uno, en tanto “nosotros” en una relación de pensar al “otro” en su condición también de individualidad del cuerpo, sin el cual la concreción de cada sujeto no tendría retorno.

Así, cuerpos visibles que consolidan la conjunción de la alteridad, entre el nosotros y los otros, presencia dada (y necesaria) para traspasar el vacío de la ausencia, una ausencia que dejaría inerte cualquier hegemonía predeterminada y exigida desde unos hacia otros. Pero sin este “puente” tal realidad, tal sujeción, tal distinción, no existe, carece de sentido, carece de esencia.

Por ello, es necesario pensar los cuerpos, todos los cuerpos, desde su dimensión más sensible, apelando tal sensibilidad más allá de las singularidades. De ahí que la idea del padecimiento sea no sólo en esta situación concreta de quienes son diagnosticados con patologías sino también incluir en éstas a quienes siendo presentes de tales sucesos los naturalizan como una externalidad ajena y lejana. “Por esto, mi existencia es llevada por el aparato cognoscente que es mi cuerpo.” (Merleau-Ponty *apud* Ferrada, 2007: 1)

Todos y cada uno de los seres humanos son constituidos por un recipiente llamado “cuerpo”. No hay ser humano que no lo porte. Lo podrá

conocer más o menos, destacar más o menos, mostrar más o menos, hacer galas de éste o no, mostrarlo o disimularlo, pero el cuerpo es una realidad fundante y constitutiva de cada individualidad. Obviar tal precisión sería negarse uno mismo como sujeto, en este caso, como cuerpo ontológico. El cuerpo da lugar a la existencia, la que co-existiendo con el cuerpo se manifiesta como “*sujeto encarnado*”.

Aparece un cuerpo que separa la localidad del acontecimiento, que genera movimientos hacia un mundo que encuentra el punto de apoyo del propio cuerpo: “Cada presente capta paso a paso, a través de su horizonte del pasado inmediato y del futuro próximo, la totalidad del tiempo posible (...) La unión del alma y del cuerpo no viene sellada por un decreto arbitrario entre dos términos exteriores: uno, el objeto, el otro, el sujeto. Esta unión se consume a cada instante en el movimiento de la existencia.” (Merleau Ponty *apud* Ferrada, 2007: 5)

En este contexto, el mundo interno de quién se es y qué se puede ser se halla atravesado por saberes que trascienden el mundo interno, de conocimientos que se “*posicionan y posesionan*” desde el cuerpo en la singularidad.

Un millar de recetas para parecernos a nosotros mismos de acuerdo a otro, para acercarnos a la figura que más se asemeja a lo que queremos parecer siendo igual a otro. La constitución social del cuerpo es, en alguna medida, punto de partida y de llegada para la exteriorización de una identidad sumergida en nuestro dato material primordial, nuestro cuerpo. Libros, artículos y revistas completas nos dicen cómo ser cada vez más parecidos a nosotros sin reconocernos. Un conocimiento que penetra físicamente nuestro modo de ser. El régimen se vuelve decálogo y estilo de vida que muestra en qué posición y condición se debe vivir nuestro cuerpo. (Scribano, 2002: 50)

La distinción entre salud y enfermedad vuelve a reconocerse en esta legitimación del abuso y pérdida de los sentidos. Foucault califica de “estado” a la potencialidad que siendo “normal” se tiene de adquirir cualquier enfermedad: “el estado puede producir absolutamente cualquier cosa, en

cualquier momento y cualquier orden”. Es decir, todo aquello que puede llegar a ser patológico o “desviado”, tanto física como conductualmente, tiene su origen en un estado. Visto de esta manera, cualquier “*conducta desviada*” dista de un estado de salud, más allá ello no implique de por sí enfermedad. “La capacidad de integración de la noción de estado en esta patología, en esta medicalización de lo anormal, es evidentemente maravillosa”. (Foucault, 1998: 290-291)

Aparece así lo que Foucault denomina como el “poder psiquiátrico”, evidenciado por el autor como táctica de sujeción de los cuerpos, como poder que intensifica la realidad y constituye a los individuos, como el ejercicio fáctico de un poder real. Cuestiona cómo pasó dicho poder del espacio asilar de medicación de cuerpos patologizados, a espacios institucionales más variados, encontrando su respuesta en la psiquiatrización de los “niños anormales”, identificados éstos en la “idiotéz” y ubicados en la infancia en el espacio escolar. Se constituye, así, un “redoblamiento perpetuo de todo funcionamiento institucional”, “...el principio de difusión de ese poder psiquiátrico debe buscarse por el lado de los pares hospital-escuela, institución sanitaria (institución pedagógica, modelo de salud)-sistema de aprendizaje.” (Foucault, 2005: 226, 229)

Esta psiquiatrización de la infancia podría encontrar su origen a partir de dos puntos que parecieran ser los más elocuentes, ya sea la definición del “niño loco” y la de la infancia como fundación de la enfermedad mental. Sin embargo, pareciera que ninguno de estos dos aspectos resultaron los fundantes, sino el “niño idiota” sobre el cual debió tomarse precaución desde sus inicios (comienzos siglo XIX): “La psiquiatrización del niño se hace por intermedio del niño no loco, y a partir de ello se produce la generalización del poder psiquiátrico.” (Foucault, 2005: 232)

¿Cómo se llega a tal proceso de psiquiatrización de la infancia mediante una figura de no locura? Foucault (2005) plantea que hasta fines del siglo XVIII en los textos médicos no había distinción alguna entre “imbecilidad” y “locura”, sino que éstas contando con una símil naturaleza se distinguían por el abatimiento, inercia y falta de agitación la una, y la violencia, el furor y la agitación temporaria la otra. Hacia comienzos del siglo XIX

Esquirol discierne entre idiotez y locura, visualizando el tema del desarrollo a la temática: la idiotez es estática, no evoluciona y está definitivamente adquirida; la demencia evoluciona, se agrava y luego se estabiliza y hasta puede curarse. Asimismo, la demencia, por ser una enfermedad tardía que con posibilidades de base en lesiones orgánicas sobrevienen por una serie de procesos, cuenta con un pasado, con restos de no demencia, cuestión que no sucede con la idiotez. A partir de mediados del siglo XIX, con Seguí se vuelven a encontrar aspectos que hacen a la institucionalización y psiquiatrización de la infancia, en tanto vincula el desarrollo a una función temporal y de todos, como un proceso que afecta la vida orgánica y psicológica, donde se distribuyen las organizaciones neurológicas o psicológicas, los comportamientos, las adquisiciones, el punto está en que unos pueden quedarse estancados y otros seguirán desarrollándose pero en ningún momento esto hace al orden de una enfermedad. Así, el “niño idiota” no es un niño enfermo sino un niño anormal. Durante la segunda mitad del siglo XIX, sucede la colonización dentro del espacio psiquiátrico (asilo) de los niños idiotas, en tanto proceso de reclusión de los alienados, los no normales, sean quienes fueran, más allá que desde el punto de vista teórico con Seguí se estaba planteando lo antagónico. En la institución educativa puede encontrarse la explicación de esta contradicción: con la universalización de la educación primaria, los “niños idiota” se transforman en un problema a solucionar con urgencia, no encontrando mejor espacio que el asilar, bajo la órbita del poder psiquiátrico. (Foucault, 2005)

Tenemos, por lo tanto, dos procesos: especificación teórica de la idiotez y anejió práctica por el poder psiquiátrico. ¿Cómo pudieron esos dos procesos, que van en sentido inverso, dar lugar a una medicalización? El acoplamiento de esos dos procesos que se orientaban en sentidos opuestos puede explicarse, creo, por una sencilla razón económica que, en su humildad misma, está en el origen de la generalización del poder psiquiátrico, sin duda mucho más que la psiquiatrización de la debilidad mental. (Foucault, 2005: 258)

Etiqueta mediante, niños “anormales” y “normales” serán reconocidos desde el saber médico y educativo (con mayor énfasis en el primero), basándose en una literatura médica que adquiere cada vez mayor expansión. Hacia fines el siglo XIX idiotez y locura, mediados por la anormalidad serán encerradas bajo el discurso de que dicha infancia está afectada por las perversiones de los instintos.

A través de los problemas prácticos planteados por el niño idiota, 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. Esa doble función de la Psiquiatría como poder sobre la locura y poder sobre la anomalía corresponde al desfase existente entre las prácticas concernientes al niño loco y las correspondientes al niño anormal. La disyunción entre niño loco y niño anormal me parece uno de los rasgos absolutamente fundamentales del ejercicio del poder psiquiátrico en el siglo XIX. (...) el saber del psiquiatra es uno de los elementos mediante los cuales el dispositivo disciplinario organiza en torno de la locura el sobre poder de la realidad. (Foucault, 2005: 261-265)

De esta manera, plantea el autor que desde esa época la Psiquiatría va a poder conectarse con una serie de regímenes disciplinarios circundantes apelando a su científicidad y el poder de lo “anormal”. Todo aquello que diste de la norma disciplinaria en el marco de las disciplinas de las instituciones medulares (familia, escuela, etc.),³² será entendido como “desviación” y la Psiquiatría va a poder reclamarlas para sí: “A través de ese recorte del niño anormal se llevaron a cabo la generalización, la difusión y la diseminación del poder psiquiátrico en nuestra sociedad”. (Foucault, 2005: 261) Asimismo, en este marco de relaciones de poder sobre la locura y la anomalía, Foucault plantea que la Psiquiatría definirá las posibles re-

32 El autor menciona sistemáticamente la milicia y la fábrica cuando se refiere a los espacios de disciplinamiento.

laciones entre el “niño anormal” y el “adulto loco”, mediando el instinto y la degeneración en tal proceso de relación, ya que la degeneración remite al efecto de la anomalía producida de los padres hacia el niño, estigmas o marcas encontradas en ese niño por restos de la locura de sus ascendientes. En este marco es donde el autor encuentra el punto de ingerencia en la familia, la cual, entre instintos y degeneraciones predichas, reproducen en sus descendientes las “desviaciones” y “anomalías”. (Foucault, 2005)

Bajo el discurso del “saber científico”, podrían destacarse según este autor dos posturas adversas. Por un lado, la de un saber que supone “*que hay verdad por doquier*”, y que se hacen los instrumentos necesarios para descubrirla allí donde se oculte. Se plantea así para la práctica científica una verdad con respecto al todo, y todo aquello que por enterrado que se halle no sea encontrado remite a límites del ser y sus circunstancias. Así, para el “saber científico” nada será insignificante, pasajero, ocasional, más aún contando con los “instrumentos” necesarios para apelar al descubrimiento de dicha verdad desde “las categorías indispensables para pensarla y el lenguaje adecuado para formularla en proposiciones”. (Foucault, 2005: 269) Por otro lado, y antagónicamente, se hallaría la noción de una verdad dispersa, discontinua, que se produce en ciertos lugares, y que cuenta con “*sus agentes y sus portadores privilegiados*”. Verdad que se constata y se demuestra, que acontece. No se trata así del método, sino de las estrategias; no se trata de una relación del orden del objeto y el sujeto, no del conocimiento sino de poder. Con esta forma de hacer la historia de la verdad se pierde de vista el Ser y prima el conocimiento en su lógica de poder. Foucault denominará a la primera forma *genealogía del conocimiento*, la que “*parasita la verdad acontecimiento*”, y a la segunda *arqueología del saber*, en tanto el “presunto sujeto universal del conocimiento no es, en realidad más que un individuo históricamente calificado según una serie de modalidades”. (Foucault, 2005: 273-274)

Lo que Foucault (2005) intenta mostrar es que durante el siglo XIX, la verdad-acontecimiento fue siendo recubierta por una verdad-demostrativa, tecnología mediante. En este movimiento, no sólo la Psiquiatría desde el saber/poder se hallaría como dispositivo para su agenciamiento, sino

que también lo sería la pedagogía en relación a la infancia. El punto está en que hay una “saber científico” y éste mueve y promueve todo aquello que se oriente hacia la marcación de la diferencia, de la distinción de la anormalidad.

Creencias en el mundo desde que el mundo es mundo existen a montones, cada cual tiene las suyas. Yo puedo creer que la tierra es cuadrada. Como poder creer puedo creer cualquier cosa, no hay en ese sentido límites, hubo sí a mi entender, como creencia mía, una información sesgada con respecto a los psicofármacos, hubo posiblemente abuso de gente que usó los psicofármacos sin un criterio de discrecionalidad adecuado y sin un fundamento científico válido. (Entrevista a Psiquiatra Infantil del ámbito privado)

En este proceso de delimitación de la *legitimación del abuso*, se ha intentado llevar de la mano de Foucault la procesualidad que implica entre formas y contenidos, entre dichos y no dichos, entre ser individual y ser genérico, las prácticas disciplinares en la era moderna, en su reconocimiento de los dispositivos de disciplinamiento, tácticas, estrategias y tecnologías del saber.³³ En este devenir, más allá que el autor pone el acento en el origen de las mismas y apenas esboza algunas cuestiones cercanas a siglo XX, se considera que sus apreciaciones al respecto dan cuenta de una realidad que hoy día cobra mayor relevancia y distinción.

Por ello se comparte, también, cuando plantea que nominación y jerarquía van de la mano: “la distribución de los nombres y la manera como los individuos se jerarquizan en el espacio disciplinario, constituyen una sola y misma cosa”. (Foucault, 2005: 154) Un uso imperativo del lenguaje remite a un sistema de poder. Así, el lenguaje utilizado en el asilo³⁴ generó

33 Que ha sido trabajado más en profundidad en el punto anterior, pero que aquí encuentran especial énfasis y concreción.

34 Asilo tomado como forma referencial y territorial en tanto origen y punto de partida hacia una concreción del lenguaje en sus contenidos más allá de la trascendencia de sus formas.

una trama de poder donde las jerarquías estaban claramente dadas desde el saber; más allá que el lenguaje enseñado al enfermo le implica una reprobación de un lenguaje desde el deber ser, orden y disciplina mediante, desde un poder que se le impone. Cuando el médico dice “atención” está dando una orden, y con ella ejerciendo poder; ejerce una acción de orden que implica una reacción en el otro, *“lenguaje, por lo tanto, que es transparente a esta realidad del poder”*. El *enfermo* de esta manera queda constreñido a una voluntad ajena, que es la *“voluntad omnipotente del médico”*, una voluntad *“superior e inaccesible”* que dista de cualquier relación posible de igualdad. “Pero no se trata simplemente de someter la voluntad de sanar del enfermo al saber y el poder del médico; en ese establecimiento de una diferencia absoluta de poder, se trata sobre todo de vulnerar la afirmación de omnipotencia, y a ello apunta el ritual primero de aserción de una voluntad ajena y absolutamente superior.” (Foucault, 2005: 175)

En esta diversidad de técnicos, estrategias, tecnologías, relaciones de saber/poder, dispositivos, instituciones, se llega hoy día a lo que se entiende una patologización abusiva de la niñez uruguaya. Con el punto de partida de los *problemas conductuales*, como se ha mencionado al comienzo, entra con todos los lustros de la *objetividad clínica*, (¿no es acaso subjetiva?) el diagnóstico de ADHD, o cualquier tipo de señal que pueda llevar a ello, encontrando en los *diagnósticos diferenciales* una gama de *patologías* tanto o más complejas que ésta, si es que de hecho, resultasen todas patologías, el otro punto de la cuestión.

- No hay estudios que corroboren ese diagnóstico, no existen, sigue siendo una entidad de diagnóstico absolutamente clínico. Hay gente que ha pretendido vender determinado tipo de instrumentos paraclínicos como válidos, pero la academia internacional guiada por el criterio de la validación científica no acepta que estas cosas existan. – Y entonces, ¿cuáles son los factores que hacen pensar en el déficit atencional? –Un trastorno desde el punto de vista de la capacidad atencional, la hiperactividad y la impulsividad. Hay cuadros que se pueden parecer a esos, por eso es importante hacer un diagnóstico diferencial afinado,

porque esos cuadros tienen otras características que el déficit atencional propiamente dicho no tiene. (Entrevista a Psiquiatra Infantil del ámbito privado)

Hay que tener en cuenta el rendimiento escolar, es uno de los aspectos que se van a ver afectados. Hay unos cuantos que van a tener dificultades en el rendimiento. Una de las cosas que nos va a ayudar para definir el déficit atencional es ese informe. También se van a ver otros datos, como apoyos, contenciones familiares, entonces cuanto más datos más insumos se tienen para hacer el diagnóstico, que es un diagnóstico clínico. Por ejemplo, en un niño si estás evaluando un síntoma puede tener diferentes trastornos y tratas de ver los diagnósticos diferenciales, por eso se requiere de especialistas como Psiquiatría infantil o Neuropediatria. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Ahora, ojo que el mundo moderno, con su multiestímulo y con su variedad de rito, hace que, y ese es un diagnóstico diferencial importante, que hayan trastornos por déficit atencional adquiridos, que es lo que nosotros tenemos que diferenciar, y ahí no sirve el metilfenidato, no sirve para nada, porque son déficit atencionales producidos por el modo de acercar los estímulos al chico que tiene esa rapidez vertiginosa del cuadro que se superpone con el otro, entonces, la educación no ha incorporado un método de transmisión del conocimiento que provoque justamente el interés del niño. Entonces se crea un desfazaje entre la capacidad de interés del niño por lo que se le está ofreciendo y lo que el docente procura promover en él. Eso es un déficit atencional adquirido, que cada vez se hace más extendido con las características de la vida moderna. (Entrevista a Psiquiatra Infantil del ámbito privado)

La mayoría de las enfermedades mentales no cuentan con unanimidad en sus orígenes por parte de los sapientes de este “arte”. Entre lo genético y lo adquirido, lo heredado y lo aprehendido, van sorteándose obstáculos donde el receptáculo final resultan los cuerpos ya patologizados y las men-

tes que ya han sido fragmentadas de los mismos. El ADHD se encuentra también entre estas dualidades dicotómicas específicamente provenientes desde el saber científico médico. Si es genético, se le atribuye una responsabilidad directa a sus ascendientes; si es aprehendido, también se atribuye responsabilidad a los mismos actores, pero se amplía el espectro un poco más allá y entran en juego los factores ambientales.

Retomemos algunos puntos cuanti-cualitativos planteados por Moyano (2004):

- Cuando el primer hijo/a tiene un diagnóstico de ADHD, el segundo hijo/a tiene un 20% a 25% de probabilidades de contar con el mismo (diagnóstico).

- Entre el 15% y 40% de los padres de niños/as con ADHD tienen un diagnóstico positivo, comparado con el 3% a 7% de la población general.

- Basados en el papel de los neurotransmisores, la dopamina sería la involucrada y los genes relacionados en su etiología al ADHD serían DAT1, DR, DR2, DBH y DY.

- Basados en estudios³⁵ del ADN una región del cromosoma 16 contendría un gen de riesgo vinculado al ADHD, el cual, como mucho, podría contribuir a un 30% de tal *patología*.

- Existen distintos subtipos clínicos de ADHD.³⁶

Estas cuestiones circulan de hecho entre el saber médico, apareciendo discursos diversos que toman puntos de partida para sus argumentaciones algunas de las aquí planteadas. “...en general son niños inteligentes o tienen un nivel normal, por eso rinden después con la medicación. La medicación sustituye al neurotransmisor, entonces funciona bárbaro, pasa

35 Estudio proveniente de un grupo de investigadores del Instituto Neuropsiquiátrico de la Universidad de Los Angeles, California (UCLA), que ha sido utilizado como caballito de batalla desde varios discursos de la psiquiatría infantil. Sin embargo, sería interesante tener el recaudo que mismo desde este grupo de investigación se ha admitido que “el riesgo de que los individuos que portan los genes receptores y transportadores de dopamina desarrollen un síndrome de hiperactividad y déficit de atención es apenas 1,2 a 1,5 veces mayor que el de la población en general”. (Moyano, 2004: 27)

36 Este punto se trabajará en profundidad más adelante con aportes de otros autores, ya que Moyano sólo plantea que existe tal distinción.

a la normalidad el funcionamiento”. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

A comienzos de los '60 (siglo XX), comenzó la comercialización en Estados Unidos del metilfenidato (Ritalina, en su nombre de venta más conocido), droga derivada de las anfetaminas, agonista de la dopamina, la cual permite el control de los impulsos y el aumento de la capacidad de concentración. Por esta época también fue incorporada en el DSM, ya en su tercera versión: DSM-III, adquiriendo así el status de *enfermedad*:

La Ritalina comenzó a utilizarse en los casos de ADHD, con resultados eficaces en cuanto al control de algunos de sus síntomas. Los niños, durante las tres horas que duraba el efecto de la medicación, atendían más se portaban mejor. El público norteamericano comenzó a demandar a sus Pediatras y neurólogos esta droga maravillosa que aplacaba a sus hijos hiperactivos. (Moyano, 2004: 28)

Como cualquier otro psicofármaco (o fármaco, en genérico), el metilfenidato tiene sus efectos secundarios, lo mismo que la risperidona, el clonazepam, el valproato, la sertralina, sustancias que están siendo dispensadas en las farmacias públicas y privadas para la niñez uruguaya patologicizada. De las entrevistas a referentes de la salud, sobre los efectos colaterales de los psicofármacos (incluido el metilfenidato) que más se están utilizando en la niñez hoy día, algunos manifestaron preocupaciones importantes al respecto o al menos arguyeron enfáticamente que pudieran haber efectos colaterales “graves”.

En general, dependiendo de cada uno, algunos tienen más efectos hepáticos, puede producir vómitos, malestar general, alteraciones de la conducta, excitarte o aumentarte el síndrome depresivo, potenciar algunas drogas porque tienen interacción con otras drogas que pueden traer complicaciones, o potenciar algunas drogas anticonvulsivas. Tienen un montón de efectos colaterales. Dependiendo de las dosis, si las tenés que ir aumentando para hacer más efectiva porque no hay respuestas clínicas sí puede tener consecuencias a futuro, o a medida que se va

haciendo crónica la medicación. (Entrevista a Pediatra MSP)

Dolor de cabeza, dolor de estómago, la falta de apetito, disminución de la talla, esos son los típicos en la ritalina. De la risperidona, también, dolor de cabeza, dolor de estómago, algún caso sangrado en la nariz, y en algunos casos les da en la noche dificultad en la continencia de orina. Generalmente ocurren al principio, cuando haces un ajuste y aumentas la dosis. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

La ritalina, si no les hace bien, se excitan, caminan por las paredes, pero lo que tienen de bueno es que en 3h desaparece del organismo. Tiene de bueno ahí, porque muchas veces no se aguanta el doble horario, hay que tratar de reponerle a la hora del recreo para que pueda seguir. Si le hace bien, puede tener algunos efectos leves como disminución del apetito, les da sueño; pero si les hace mal, tiene trastornos del sueño, tristeza, adelgazamientos, llanto, inquietud. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

El metilfenidato, como toda medicación, tiene efectos adversos. Con la ritalina ha habido de todo: que niños no crecían, que tenían más trastornos conductuales, una tendencia mayor al sueño, pero otro efecto importante no. Como toda medicación tiene resultados adversos también. (Entrevista a Pediatra MSP)

La ritalina hace 30 años que se está dando en el Uruguay. Lo importante es la función que cumple. Porque al que le hace bien, es como un sedante, y eso que la ritalina es una anfetamina. Entonces, se prueba y si al chiquilín le hace bien, es como dice la Maestra, es como mágica. Ahora, si una medicación hace mal, ya enseguida aparecen los síntomas secundarios que te hacen suspenderla muchas veces. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Se vuelve a insistir, una vez más, que lo que aquí se plantea es en relación a la enorme cantidad de niños y niñas que se hallan medicados con

psicofármacos en el Uruguay, que dista enormemente de cifras mundiales, como se ha visto. De ahí el abuso, de ahí la pérdida de los sentidos de quienes “diagnostican” y automáticamente “medican”. Lejos se está de poner en cuestionamiento una medicación dada, por más psicofármaco que sea, cuando se trata de una patología real, no “de contexto” o de “subjetividad del sapiente”.

Sucintamente se plantean a continuación datos genéricos³⁷ de los psicofármacos que hoy día están siendo más utilizados en la niñez uruguaya, según las diversas argumentaciones planteadas desde el saber médico para su uso y recabado del trabajo de campo para la presente investigación. El orden en que se plantean hace al uso en mayor y menor medida en una descomposición descendiente de los datos:

- *Metilfenidato*: Psicoestimulante aprobado hace más de 60 años, pero que adquirió notoriedad y enorme expansión en la década de los '90 con el diagnóstico de ADHD. La más usada en la fórmula de liberación inmediata que hace efecto a los 30 a 45 minutos después de ingerida, y se extienden por un máximo de 4 horas; hallándose también en fórmulas de liberación prolongada, que prescinden de la necesidad de repetir las dosis, pudiendo alcanzar una cobertura de 8 horas (Ritalina LA) a 12 horas (Concerta). Dentro de los efectos colaterales leves y rutinarios, los más destacados son: cefaleas, irritabilidad, tendencia al llanto, marcada disminución del apetito, detención del crecimiento.

- *Risperidona*: Antipsicótico que a lo largo de la última década la FDA fue aprobando y ampliando en su uso desde diagnósticos de “desorden bipolar” (2003), irritabilidad y autismos (2006), y posteriormente para los trastornos obsesivo-compulsivo (TOC), depresiones resistentes a tratamientos convencionales (con o sin problemas psicóticos), comportamientos “anormales”, desórdenes de alimentación, entre otros. Dentro de los efectos colaterales leves y rutinarios, los más destacados son: ansiedad, insomnio, temblores, sedación, tics nerviosos, acatisia, temblores.

37 Recabados esencialmente de los prospectos con que estas medicaciones son distribuidas, así como de autores como Moyano, y de entrevistas en profundidad a diversos actores del campo de la salud que conforman la presente investigación.

- *Valproato*: Anticonvulsivo (utilizado en un espectro amplio ya que actúa en el sistema nervioso central) aprobado por la FDA en 1978 y expandido su uso en 1995 para el trastorno bipolar y otros trastornos maníaco depresivos y en 1996 para el tratamiento de la migraña. Dentro de los efectos colaterales leves y rutinarios, los más destacados son: toxicidad al comienzo del tratamiento, ictericia, cansancio, debilidad, pérdida de apetito, vómitos, somnolencia, temblores.

- *Clonazepam*: Ansiolítico y anticonvulsivo con acción depresora del sistema nervioso central, aprobado por la FDA para crisis convulsivas, ausencias epilépticas, trastornos de pánico, trastornos del sueño. Dentro de los efectos colaterales leves y rutinarios, los más destacados son: mareos, somnolencia, ataxia, nerviosismo, cansancio, debilidad, pérdida del equilibrio, alteraciones del comportamiento. Se ha hecho énfasis en su contraindicación en los diagnósticos de ADHD, ya que tiende a la exacerbación de los síntomas que se pretenden solapar: hiperactividad e impulsividad.

- *Sertralina*: Antidepresivo con acción inhibitoria selectivamente de la recaptación de la serotonina en el espacio intersináptico, asociada o no a estados de ansiedad, aprobada para trastornos obsesivos compulsivos, trastornos de pánico, fobia social, depresión. Está totalmente contraindicada en niños menores de 6 años. Dentro de los efectos colaterales leves y rutinarios, los más destacados son: hipertemia, rigidez, confusión, irritabilidad.

Ante la pregunta a los niños y niñas entrevistados sobre cómo se sentían cuando tomaban la medicación, sistemáticamente aludían a los efectos colaterales recién mencionados:

- Tranquilo. – ¿Cómo es ese estar tranquilo? – Muchas veces me duermo. – ¿Y te dormís en la escuela o en tu casa? – En casa. En la escuela no. (Entrevista a niño de 11 años medicado ECSCC)

Me da sueño, me duermo. Pero en la escuela trato de no dormirme. A veces me da dolor de cabeza. (Entrevista a niño de 8 años medicado ECSCC)

Con sueño. Me duerme la pastilla. (Entrevista a niño de 10 años medicado colegio privado)

Me hacía un poco más bien que mal. Me sentía cansado y que me costaba pensar un poco más. La tomé como por un año más o menos, ahora ya dejé una y estoy tomando la del T4 que la tengo que tomar por siempre. (Entrevista a niño de 14 años medicado colegio privado)

A) Cuando nos dormimos nos acostamos en la escuela. R) A él no le hace bien la pastilla. – ¿A qué hora toman la pastilla? R) Primero la tomamos y después nos vamos a la escuela. – ¿Y qué les pasa? ¿Cómo se sienten? R) A él no le da sueño, a mí solo. A él no le hace efecto la pastilla. A) A mí también me da sueño. – ¿Dormís mucho tiempo en la escuela? R) Hasta las 9h50. – ¿Cerca del recreo de las 10? R) Sí. – ¿Todos los días te da sueño cuando tomas la pastilla? R) Sí. A) Yo me duermo cuando voy caminando. Por el almacén, que son como siete cuadras de mi casa. R) Pero yo soy el primero que me duermo, vos no te dormís casi nunca en la escuela. (Entrevista a niños de 8 y 10 años medicados ECSCC)

Para dar cierre a este punto, se consideran elocuentes las palabras de la Directora de una ECSCC del interior del país.

- ¿Cree usted, desde su disciplina, que hoy se medica más que antes a la niñez, en general? - Sí. - ¿Por qué le parece que esto sucede? - Yo qué sé, porque el médico te los da. Yo no sé, pero a los niños antes no les daban medicación, trataban de controlarlos trabajando de otra forma, o los padres... yo no sé si fue como una facilitación a la contención de las familias, porque cuando vienen y te dicen “yo no sé, fíjese usted qué puede hacer”, debe ser difícil para un padre decir eso, pero a mí no me parece la mejor idea decirle a otro “no puedo con mi hijo”, si uno que es la madre no puede quien va a poder. Me parece que viene por

ese lado, para dominarlos, todo lo que no pueden hacer porque se les escapa. (...) Pero es como yo te digo, les dicen 3 gotas y le dan 6 y ¿para qué? ¿Para que esté durmiendo? Yo he tenido niños acostados acá, horas eternas, le dan la medicación y duermen. Y no es esa la función de la medicación, dormir acá o en la casa. Yo a mi hijo no le daría para nada. Pero yo estoy en otro lugar y lo veo de otra manera. Vos cuando hables con los padres si los padres aceptan te van a decir las cosas que claro, se ponen tan agresivos con sus compañeros que hay que poner un punto, cuando se descontrolan van a matar a algún compañero. Entonces, si no los controlan... porque nosotras no podemos, somos las Maestras, pero si la madre no puede... qué preguntita esa, eh! (Entrevista a Directora ECSCC)

I.2) La niñez: ¿ese invaluable tesoro?

Día tras día, se niega a los niños el derecho a ser niños. Los hechos, que se burlan de ese derecho, imparten sus enseñanzas en la vida cotidiana. El mundo trata a los niños ricos como si fueran dinero, para que se acostumbren a actuar como el dinero actúa. El mundo trata a los niños pobres como si fueran basura. Y a los del medio, a los niños que no son ricos ni pobres, los tiene atados a la pata del televisor, para que desde muy temprano acepten, como destino, la vida prisionera. Mucha magia y mucha suerte tienen los niños que consiguen ser niños.
(Galeano, 1998: 11)

Ni tan santos, ni tan demoníacos.

En el afán dicotomizante de la razón analítica, surgen polaridades como dualidades donde se es una cosa o la otra. De ahí que se encuentren en los discursos antagonismos tales como la niñez rodeada por un halo de bondad, donde se halla una infancia idealizada como herencia del Romanticismo y la Época Victoriana del siglo XIX; o, la visión del niño esencialmente

malvado, sujeto a “domesticar”. Cuando se plantea la cuestión de “ni tan santos, ni tan demoníacos”, se intenta trascender tal dualidad, generando espacios intelectivos donde las esencias individuales y sus contextualizaciones en el colectivo se visualicen confluyendo en una complejidad que va más allá del pensamiento humano. De ahí la necesidad de asirse de categorías como totalidad y praxis, para el devenir de la razón dialéctica en la delimitación del presente objeto.

Ahora, ¿quién define a la niñez? Podrá sonar demagógico, pero ¿se le pregunta en algún momento a los niños y niñas cómo se sienten, qué piensan, qué desean, que los angustia, qué les da felicidad, para de ahí llegar a constructos que definan a la niñez, no racionalizada desde el mundo adulto,³⁸ sino sentida desde el mundo infantil? Desde su condición de *sujeto de derecho*, tan expandido en los últimos tiempos, tendrían que ser parte constitutiva, de ahí que lejos de demagogia el cuestionamiento tiene connotaciones ontológicas. Difícil de encontrar definición alguna, constructo abstracto, intuición, lo que fuera, que no se halle permeada por la visión adultocéntrica que caracteriza estas sociedades occidentales modernas. No implica la idealización de elaboración de constructos tan amplios desde la niñez, que en tanto sujetos en proceso de interiorización de abstracciones y concreciones, posiblemente no cuenten con herramientas intelectivas a como la racionalidad moderna exige se deban definir tales constructos. Pero ser escuchados más no estaría mal. Aparece, así, un saber netamente unidireccionalizado y de desconocimiento del *otro* (el niño/a) en su alteridad. Desde ahí se irán retomando definiciones sobre el niño, la niñez, la infancia, constructos racionalizados de un *nosotros* (adultos) hacia ese *otros* (niños/as).

El niño³⁹ como sujeto concreto, distanciado del adulto como una “evo-

38 Se hará referencia a “mundo adulto” y “mundo infantil” en el entendido de diversidades etáreas, pero fundamentalmente de formas de apropiarse del “mundo”, desde un sentir, ser y actuar diferente, más allá se pretenda uniformizar desde lo antes posible, y he ahí uno de los meollos de esta investigación.

39 Las incorporaciones de género son tan recientes que se “jugará” con ello para contemplar épocas históricas y respetar así significaciones de formas y contenidos en constructos

lución” en el camino de la vida, fue adquiriendo su estatuto de tal con la Modernidad. Previo a ésta, la imagen de “adulto-pequeño”, ente en proceso de adaptación para la producción y reproducción de la especie en tanto grupos sociales, era tan cotidiana como hoy lo es su distinción. Ese individuo en crecimiento, culminando el siglo XVII, encuentra su escisión del adulto al entenderse que tenía capacidad de percibir el mundo diferencialmente a aquél. Parece paradójico que esto sucediera cuando la mano de obra infantil, tan utilizada en la Revolución Industrial, estaba tan naturalizada como necesitada para el “progreso”.

De todas maneras, el concepto de *niño* comenzó a conquistar espacios para los siglos XVIII y XIX, pero fue recién a comienzos del siglo XX donde adquiere una relevancia notoria en el mundo de las ideas con los aportes del Psicoanálisis, fundamentalmente. Al decir de Elías (1990), este niño conceptualizado hace parte constitutiva y preponderante del proceso civilizador, siendo la expansión de la educación en tanto universalidad lo que dio cabida al concepto concreto de infancia.

Hoy día suele remitirse a la definición que plantea la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), de 1990, la cual define: “Se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”. El límite de la niñez en los 18 años allí planteado varía como tal según las sociedades y las culturas. En el Uruguay, más allá de lo expresado en dicha Convención, en el Código de la Niñez y Adolescencia (CNA) suele diferenciarse la niñez hasta los 14 años de edad, etapa que es continuada por la pubertad y adolescencia.

La visión de niño angelical, tan expandida entre los siglos XVIII y XIX, se conjugaba con una inocencia depositada en la niñez, donde sus juegos y espíritu errante eran parte constitutiva de su ser “*un ángel más*”. Notas de periódicos de la segunda mitad del siglo XIX rescatan sensaciones y percepciones de esa niñez angelicalizada: “Dios se ha servido llevarse para sí a una de nuestras queridas hijas”, “es preciso no ser egoístas; respetemos los

teóricos. Así, pues, en esa temporalidad, con suerte se habla de niño.

arcanos y la suprema voluntad de quien todo lo puede; Dios ha sido justo llevándose al ángel [...] para colocarlo en el seno precioso donde se refunde la creación”. En este entrecruzamiento de teología popular y eclesial, la inocencia del niño es su pase al cielo (bautismo mediante), y la conjunción de niño y ángel permitía a las familias, donde la muerte de los hijos era parte constitutiva de la vida cotidiana, hacer duelos aminorados en su dolor: “su alma pura sube al cielo para dejártelo abierto”. (Barrán, 1992: 202, 204)

En 1873, se publicó una poesía titulada “Muerte del niño”, en un diario católico montevideano, en la cual se pueden apreciar claramente la visión angelicalizada de la niñez, las muertes tempranas en edad, el rol materno (también idealizado) y la figura del clero mediando tal escenario:

Sobre una mullida cuna/ Mustia y pálida la frente/ Presa de fiebre inoportuna/ Gemía un niño inocente/ Sin esperanza ninguna/ (...)/ Sumida en duro quebranto/ Su madre lo acariciaba/ Entre suspiros y llanto/ En él su dicha cifraba/ (...)/ El niño en tanto reía/ Con sonrisa cariñosa/ Porque a su lado veía/ Una visión misteriosa/ Que amable lo bendecía/ Era un ángel .../ (...)/Pobre madre! tu hijo ha muerto/ Mas no llores que un querube/ (...)/Su alma pura al cielo sube/ Para dejártelo abierto/ (...) (Barrán, 1992: 204)

Contradictoria y paralelamente, con difícil discernimiento las más de las veces, la Modernidad fue necesitando un niño (constructo creado en esta época, obviamente “con fines de lucro”) disciplinado, constreñido en sus movibilidades, ya ni tan angelical, sino más bien demoníaco, fundamentalmente cuando las pulsiones sexuales mediaban tales sujetos. Foucault reconoce en las campañas antimasturbatorias del siglo XVIII procesos concretos de represión de los cuerpos al placer, ante la necesidad de un cuerpo productivo a la lógica de mercado que cada vez imperaba con mayor solidez. Dichas campañas recaían con mayor ahínco en la niñez y adolescencia, no tanto así en los adultos trabajadores, la mano de obra del momento, sino en la futura mano de obra para la lógica del capital. De esta manera,

visión adultocéntrica mediante, niños desde los primeros años escolares eran “enseñados” al no disfrute y exaltación de sus propios cuerpos, casi sin carga moral en tales argumentos, sino en la proyección de enfermedades a futuro si se continuaba con tales prácticas: “...no se trata tanto de una moralización como de una somatización, una patologización”. (Foucault, 1998: 202) Tal somatización este autor plantea es producida de tres formas distintas: la ficción de la enfermedad total, poliforma, sin remisión;⁴⁰ la causalidad de la masturbación de todas las enfermedades posibles;⁴¹ la asociación propia de los enfermos entre masturbación y enfermedad.⁴² Ya desde la niñez, según la elección (a sabiendas o no) de sus prácticas masturbatorias, el niño ponía en juego su futuro con la carga de responsabilidad únicamente individual que ello conllevaba. Interiorización de lo externo en la creencia de saberse enfermos, exteriorización de lo interno mediante la somatización de distintos síntomas.

Distinción que pudiera ser importante de asir: la visión de niño angelical se perfila y estimula desde lo eclesiástico; la visión de niño “demoníaco” (no así explicitado) se profiere desde un saber que comienza a hacer sus primeras grandes galas: la medicina.⁴³ Ese niño a reprimir, lejos del niño angelical, comienza a encontrar disciplinamientos desde tres instituciones básicas: la familia (burguesa), la medicina (positivista) y la educación (bur-

40 “Nos encontramos en plena...iba a decir ciencia ficción pero, para separar los géneros, digamos en plena fabulación científica, fabricada y transmitida en la periferia misma del discurso médico.” (Foucault, 1998: 202)

41 “Figura constantemente en el cuadro etiológico de las diferentes enfermedades. ... Y, por supuesto, la hallamos regularmente mencionada por los alienistas en el origen de la locura”. (Foucault, 1998: 203)

42 “... una suerte de verdadero delirio hipocondríaco...” (Foucault, 1998: 224)

43 “...en la época misma en que la anatomía patológica estaba identificando en el cuerpo una causalidad lesiva que iba a fundar la gran medicina clínica y positiva del siglo XIX, en esa época se desarrollaba toda una campaña antimasturbatoria que ponía de manifiesto del lado de la sexualidad, más precisamente del lado del autoerotismo y la masturbación, otra causalidad médica, otra causalidad patogénica que –con respecto a la causalidad orgánica que estaban señalando los grandes clínicos, los grandes anatomopatólogos del siglo XIX- jugaba un papel a la vez supletorio y condicional. La sexualidad va a permitir explicar todo lo que, de lo contrario no es explicable.” (Foucault, 1998: 227)

guesa y positivista).

En este contexto, el niño es visualizado según las prácticas familiares, ya no siendo en última instancia él su único culpable de su posible futuro patologizado, sino de sus padres, quienes estarían ausentes en el cuidado de su prole, desatentos, perezosos. Desde la moral burguesa, la familia se condensa como el espacio esencial para una “buena” sociabilidad, debiendo tomar los recaudos más que necesarios para que los hijos e hijas sean futuros seres productivos.

Lo que se requiere, lo que se exige es, en el fondo, una nueva organización, una nueva física del espacio familiar (...) la solución ideal es precisamente el niño solo, en un espacio familiar sexualmente aséptico. (...) Punto ideal, el niño solo con su muñeca y su tambor. Punto ideal, punto irrealizable. De hecho, el espacio de la familia debe ser un espacio de vigilancia continua. Los niños deben ser vigilados en su aseos, al acostarse, al levantarse, durante el sueño. Los padres tienen que estar a la caza en todo lo que los rodea, su ropa, sus cuerpos. (Foucault, 1998: 231)

Cuerpos y corporalidades se tornan objeto de permanente atención; unos vigilados, otros vigilantes. La familia comienza a estar en el foco de atención en culpabilizaciones individuales cuando son interiorizaciones de un deber ser hegemónico que se va construyendo bajo los cánones de la modernización: “Lo que se trata de constituir es un nuevo cuerpo familiar”. (Foucault, 1998: 234)

Sea como fuere, en este contexto, el cuerpo como tal (tanto individual como colectivo) no remite solamente a parámetros biológicos, sino que deviene de una construcción social que se va metamorfoseando según el marco ideológico, político, social, económico y simbólico del momento. El cuerpo se conforma, así, como “superficie de inscripción de los sucesos”, como “lugar de disociación del Yo”, como “volumen en perpetuo derrumbamiento”. (Foucault, 1992c)

Estos cuerpos llevan la lógica del capital, por lo que se requiere un “cuer-

po energético” productivo y a su vez bello para emplazar el deseo. El cuerpo, así añorado, remite a un “santuario de energía psíquica y de la pulsión”: “Redescubrir en el secreto de los cuerpos una energía “libidinal”, desligada, que se opondría a la energía ligada de los cuerpos productivos, redescubrir una verdad fantasmática y pulsional del cuerpo en el deseo, no es aún otra cosa que determinar la metáfora psíquica del capital.” (Baudrillard, 2000: 17)

Concebido así, el cuerpo permite distanciar una concepción de “*Sujeto pre-dado*”, en tanto sujetos “*constituidos en relación con prácticas sociales*” (Murillo, 1996), visión acompasada por el Psicoanálisis en pleno proceso de auge y expansión en la primera mitad de siglo XX.

Ya para los albores del siglo pasado, había “desaparecido la creencia en el “paraíso de la infancia”, y la creencia en la asexualidad del niño”. (Klein, 1996: 24) Lo primero aún en discusión según el posicionamiento distintivo entre niño-angel/niño-a corregir, lo segundo ya sin mayores dudas, tal como se vio con Foucault precedentemente. De esta manera, comienza a delimitarse una concepción de la infancia mediada por lo individual y lo genérico, donde el contexto forma parte central en una individualidad signada por sucesivos conflictos que se procesan internamente: “niños aún de muy corta edad viven bajo el peso de sentimientos de culpa”. (Klein, 1996: 27)

Es así que el niño pasa a ser objeto de estudio y de intervención. Desligado completamente de ese “adulto-pequeño”, adquiere una relevancia esencial en su condición de *niño*, munido de sensaciones, percepciones, fantasías, acciones, pulsiones. Esta niñez comienza a ser profundamente examinada, para el beneplácito de algunos y el menoscabo de otros (tanto adultos como niños), en tanto el reconocimiento de neurosis y psicosis infantiles trae su contracara en los exabruptos de sobre diagnósticos, ya estos trascendidos del campo psicoanalítico y mediados por las ingerencias del saber médico en abrasivo proceso de medicalización de las sociedades occidentales modernas. Las líneas demarcatorias entre lo normal y lo patológico comenzarán a hacerse cada vez más difusas, en tanto ello configurará el punto distintivo de quien configura la normalidad del *nosotros* o la alteridad del *otros*. En lo personal, se considera que la demarcación de una

normalidad está restringiendo y condicionando la singularidad de los sujetos en su distinción, punto de quiebre que se encuentra con las posturas kleinianas que se tomarán a continuación.

Klein define la neurosis en la niñez:

Los niños neuróticos no pueden tolerar bien la realidad debido a su incapacidad de aceptar frustraciones. Buscan protegerse de la realidad, negándola. Pero lo más importante y decisivo para su futura adaptabilidad a la realidad es la mayor o menor facilidad con que toleran estas frustraciones (...) Aún en los niños pequeños, un rechazo excesivo de la realidad (a menudo disfrazado bajo una aparente forma de docilidad y adaptabilidad) constituye un indicio de neurosis que difiere sólo en su forma de expresión de la fuga neurótica del adulto frente a la realidad. (Klein, 1996: 31)

Se considera resulta fundamental comprender la singularidad de cada sujeto, con sus constreñimientos interiorizados ya desde pequeños, en tanto ello habilitaría a la comprensión de una complejidad que trasciende esa individualidad en padecimiento, quitándole el peso de la responsabilidad concreta de su persona y permitiendo ampliar las responsabilidades hacia los contextos que llevan a dichos padecimientos, en ese interrelacionamiento constante del ser individual y ser genérico.

¿Cómo son percibidos estos niños y niñas desde las instituciones basales? Posiblemente, poco se cuestionan distinciones entre neurosis, padecimientos, (in)felicidades, contextualidades. Pero un niño o niña en dicha situación difícilmente logre un proceso de aprendizaje que lo motive y le permita ir ampliando el *campo de sus posibles* (Sartre, 2000), porque pareciera no haber espacio para la comprensión de sus frustraciones y la manifestación conductual de las mismas.

Los niños y los jóvenes sufren una ansiedad más aguda que el adulto (...) En los niños pequeños esta ansiedad generalmente encuentra es-

cape en las crisis de ansiedad; en el período de latencia se manifiesta más a menudo bajo la forma de desconfianza y reserva, mientras que en la edad intensamente emotiva de la pubertad conduce a una aguda liberación de ansiedad que se expresa de acuerdo con el yo más desarrollado del niño, bajo forma de una frecuente resistencia obstinada y violencia... (Klein, 1996: 33-34)

Entonces, ¿por qué la insistencia de niños y niñas en estados robóticos, donde el aprendizaje escolar les sea imbuido cual máquinas, y en caso de no hacerlo van camino al hospital? ⁴⁴ Si desde hace un buen puñado de décadas ya se ha estudiado desde el Psicoanálisis, ¿no será cuestión de salir el adulto “sapiente”, ya disciplinado desde pequeño y en un pasado que les pertenece, de sus afanes robóticos hegemónicos por éste interiorizados y dar margen a las diferencias que generalmente se manifiestan conductualmente en el presente, más en la niñez?

Resulta en el período de *latencia*, que justamente coincide con la etapa escolar, donde los niños y niñas se distinguen por una “*vida imaginativa muy limitada*” consecuencia de una “*poderosa tendencia a la represión*”. Un importante problema estaría en cómo discernir entre dificultades propias de la edad del sujeto concreto y las patológicas: “¿cuándo es sólo travieso y cuándo debe considerársele enfermo?”: “En general, estamos preparados para encontrar ciertas dificultades típicas que varían considerablemente en cantidad y efecto y que siempre, dentro de ciertos límites, son inevitables en el desarrollo y crianza de cualquier niño (...) Trastornos en las comidas, sí son suficientemente serios, y, sobre todo, manifestaciones de ansiedad, ya sean en la forma de terrores nocturnos o de fobias.” (Klein, 1996: 110)

El punto en cuestión es cómo estas ansiedades se manifiestan y *disfrazan*. Resulta medular este punto, ya que dormir ansiedades para dejarlas en latencia sin mediar un proceso analítico, o peor aún, sin discernir si el *dis-*

44 “Hospital” en genérico, como institución de la salud, donde lo público y lo privado en su nomenclatura no encuentra su punto de encuentro en dicha palabra, pero sí en tal institucionalidad en sus contenidos. Sería en el Uruguay en las formas de hospital como salud pública y mutualismo o seguro de salud como salud privada.

fraz es patología o simple actuación, puede generar un efecto boomerang en el corto o mediano plazo. Tal como plantea Klein “los niños presentan una hiperactividad que se acompaña de una actitud desafiante y dominante” (Klein, 1996: 111), lo que hace necesario poder discernir, realmente, si se trata, tal como se decía anteriormente, de un valor actitudinal exacerbado o de una patología.

Hasta cierto punto el niño normal muestra su ambivalencia y sus afectos, su sujeción y su sometimiento a los impulsos instintivos y a la fantasía y también a las influencias que proceden de su superyó; esto crea algunas dificultades en el camino de su adaptación a la realidad y, por lo tanto, en su educación, y no es, desde ningún punto de vista, un niño “fácil”. Pero su ansiedad y ambivalencia y los obstáculos que presenta para su adaptación a la realidad van más allá de ciertos límites, y las dificultades que sufre y hace sufrir a su ambiente son muy grandes, entonces debería ser considerado como neurótico. Sin embargo, creo todavía que una neurosis de este tipo a menudo puede ser menos grave que una neurosis del tipo en que la represión de afectos ha sido tan aplastante y ha comenzado tan temprano, que apenas pueden percibirse signos de emoción y ansiedad en el niño. (Klein, 1996: 118)

Y de ahí su contracara, aquellos atributos “bendecidos” en la niñez de hoy día, como el disciplinamiento exacerbado, el rendimiento de excelencia, pueden estar solapando los contenidos predichos, sólo que las formas cambian y desde el mundo adulto se aplaude tal *disfraz* en lugar de poner al menos un manto de mínima duda.

...un niño pequeño que cumpla todos los requisitos de su educación y no se deje dominar por su vida de fantasía y sus instintos, esto es, un niño que aparezca como bien adaptado a la realidad y presente además pocos signos de ansiedad, no solamente será un ser precoz y sin encanto, sino anormal en el más completo sentido de la palabra. Si completamos este cuadro suponiendo que su vida imaginativa ha sufrido una

gran represión, que sería condición necesaria para tal desarrollo tendríamos entonces causas para inquietarnos por su futuro. La neurosis de la cual él sufre no sería de menor grado que la del niño común, sino simplemente sin síntomas, y como sabemos por los análisis de adultos, una neurosis de esta naturaleza es por lo general muy grave. (Klein, 1996: 117)

En este marco, el ambiente tiene importantes efectos sobre la infancia. Desde las ideas de Klein se entiende así en la medida en cómo el niño/a interpreta ese factor ambiental y la forma en cómo introyecta y proyecta, en primera instancia, la sociabilidad en el contexto familiar. Introyección y proyección, pulsiones de vida y muerte, son partes constitutivas del ser humano en crecimiento en sus primeros años de vida. (Segal, 1989) La forma en que se manifiesten tales aspectos inherentes a la condición de sujeto (niño/a en este caso) van a ser percibidos de distinta manera según quien esté siendo interpelado por tales exteriorizaciones conductuales.

Otro día estaba jugando con una muñeca de una niña de la clase y estaba peinando y yo soy medio bruto y le traté de arreglar el pelo y de la fuerza se lo arranqué y justo vi que venía ella y la escondí debajo de una sábana. Y la Maestra preguntó quien lo había hecho, nos puso a todos en fila y nos empezó a ver y como nadie dijo nada, nos dejó a todos sin recreo. Pero los de la clase sabían que era yo y me dijeron que a la salida me iban a agarrar y yo les dije que con una navaja los iba a matar a todos. (Niño de 9 años medicado ECSCC)

Introyectada una norma del cuidado de lo ajeno, más aún en el ámbito escolar, la proyección de la misma en su manifestación conductual lejos estaría aquí de ser vista como “positiva”. Frustración, rechazo, culpa, desde un niño que en lo fenoménico estaría fuera de la “norma” (y de hecho, estando medicado, así se le aclara que lo está); enojo, rechazo, miedo desde sus pares; en este caso concreto, ignorancia permisiva (consciente o inconsciente) del adulto a cargo y la sanción al colectivo. Procesos de “desajustes”

retroalimentados que, se vuelve a insistir en lo fenoménico, no tendría más que un solo responsable. Pero, “es necesario cierto grado de ansiedad persecutoria para poder reconocer, evaluar y reaccionar ante circunstancias externas realmente peligrosas.” (Segal, 1989: 40) El punto está en que no siempre es lo que parece, y si se amplía el relato simplemente a toda la entrevista mantenida con este niño, se podrá ver claramente el desamparo constante ante un ambiente hostil, no sólo familiar, sino también escolar y hospitalario que atraviesa su historia de vida y cotidianidad, y que muchas veces frases que se dicen no tienen el valor discursivo que hegemónicamente se le da cuando se las escucha y/o lee. Pensar que todo lo que uno dice y hace es interpretable tal cual el entendimiento de uno, y lo mismo de uno hacia el resto, es tan utópico como creer que los seres humanos pueden ser todos iguales en sus formas de ser, hacer, sentir y pensar.

Tal como plantea Foucault (2006), las conductas manifiestas en la niñez pueden estar distando de lo deseado en obtener, en tanto el conflicto no es simple contradicción externa de una situación objetiva, sino, por el contrario, contradicción inmanente que profundiza tal conflicto.

- Para el día de la Maestra yo le dibujé un corazón a mi Maestra que decía “Te amo” y como todos se burlaron lo rompí. – Y la Maestra se enteró que tu le habías hecho ese dibujo tan lindo? – No, porque lo rompí y no le dije nada. – Y no te parece que sería lindo que la Maestra se enterara? – Sí, puede ser... (Niño de 9 años medicado ECSCC)

Así, frustración y culpa se ligan como una sola y única manifestación, dejando en evidencia conductual un *disfraz* que dista del deseo inicial. La sociedad disciplinaria tan ampliamente estudiada por Foucault tiene una carga tan densa en los sujetos que resulta imperioso contextualizar siempre la forma en que un niño o niña se expresa (en dichos y hechos). Las más de las veces, expresiones exacerbadas de broncas y frustraciones dejan en evidencia un padecimiento de ese niño o niña ante situaciones del contexto que lo o la trascienden. Este padecimiento no tiene por qué ser ligado, en una relación causa-efecto, siempre a una enfermedad o un trastorno patológico.

¿Enfermos o diferentes? ¡Vaya pregunta! Analicemos en detalle los elementos en los que se basa la sociedad para determinar en qué momento este niño singular se convierte en enfermo. (...) “¿Singular? ¿Cómo singular! ¿No me habrá salido medio raro éste?” Sufrimos tremendamente cuando vemos que sus compañeros de escuela los molestan o les hacen burlan por ser diferentes. Hasta es comprensible que, en su sistema de valores, los niños respondan con rechazo cuando uno de ellos se diferencia del resto. (...) Lo que sucede es que un niño singular raramente nace, sino que se hace. Un niño singular proviene de una familia singular. Es el yo y su circunstancia, según Ortega y Gasset. Si el niño es singular, está mostrando la singularidad de su entorno, de su familia. (Moyano, 2004: 96-97)

Tal como se ha planteado, el niño/a no nace y crece aislado del mundo, sino que va interiorizando pautas, valores, formas de ser y pensar en la singularidad de su familia, en la particularidad de su clase, en la universalidad de su tiempo histórico (Sartre, 2000). Así, las proyecciones societales de la niñez se van permeando por las diversas contextualizaciones familiares, territoriales, materiales, culturales, sociales y simbólicas, las que hacen a un recuento de interiorizaciones que desde la niñez se van asumiendo como propias y que a su vez son exteriorizadas como tales. Sartre decía, refiriéndose a Flaubert, “... si razona, si siente en burgués, es que se lo ha hecho así en una época en la que ni siquiera podía comprender el sentido de los gestos y de las funciones que le imponían”. (Sartre, 2000: 54) En esta interiorización de lo externo, dado con mayor énfasis en los primeros años de vida, los sujetos van incorporando la universalidad de lo genérico mediante la particularidad de las familias en la que se circunscriben, en principio, luego con instituciones tales como educación y salud, de forma de aprehender hábitos, pautas, comportamientos, normas, todas éstas naturalizaciones que luego se creen propias. Pero, “la causalidad no existe, o por lo menos, no existe como se cree: el niño se convierte en tal o cual porque ha vivido lo universal como particular. (...) La infancia es la que forma los prejuicios insuperables, la que en la violencia del adiestra-

miento y el extravío del animal adiestrado hace que se sienta la pertenencia a un medio como un acontecimiento singular.” (Sartre, 2000: 54-55)

Del cuento a la calle, pasando por la escuela y el hospital.

La niñez de hoy día escucha en cuentos cómo antes se leían cuentos para ir a dormir. Difícilmente la dinámica del mundo moderno, del estrés constante de este siglo XXI genere demasiados espacios para la lenta lectura de un cuento. Para algunos niños/as, posiblemente resulte más rápido (para los padres) acostarse mirando la televisión, si tiene en el cuarto; para otros, a dormirse hacinados en un espacio tan reducido como un colchón de dos plazas para 5 hermanos y el perro (que en invierno les da calor). La ilusión del cuento antes de dormir ha quedado más en el anecdotario, en películas (norteamericanas), en historias (o en la historia). La utopía de la lectura de cuentos antes de dormirse se parece más a una fábula que a una realidad, ya que la inmediatez de todo (facilitado por la tecnología) y de todos (adultos y niños) requiere de una “paciencia extra” que la lectura de un cuento supera.

¿Y los juegos en la calle? La rayuela, la escondida, la mancha, la cuerda, la payana, y tantos otros más que requerían hasta de destrezas físicas, como diría una de las entrevistadas “*hoy se aprenden en los consultorios de los psicomotricistas*”, en el mejor de los casos; en otros, ni siquiera hay espacio para el juego en la calle porque hay que ir a una esquina a pedir dinero o hay que salir en el carro a recolectar. El juego como sustancialidad fue perdiendo su dimensión más ontológica, para pasar a convertirse en un aprendizaje más. El ocio en la niñez se instaló como “pecaminosa”, al igual que el ocio en la adultez. Tal atravesamiento no encuentra distinción de clase, para unos y otros, por razones diversas, perdieron contenido y adquirieron dichos espacios otras formas.

En la gran ciudad creo que esto es mucho peor. Nosotros somos una sociedad pequeña, creo que se sobrelleva mejor, porque tienen plaza de deportes, salen en bicicleta, tienen más libertad. Es diferente a la gran

ciudad, donde viven encerrados, con la televisión, desmovilizadora de los niños, ahí el problema es mucho más frecuente, es una sociedad mucho más competitiva, se agreden antes, mucho más difícil sobrellevar la vida en la gran ciudad. (Entrevista a Director Hospital MSP)

Irónicamente les dijo una vez un amigo a unos gurises que estaban tratando de bajar una pelota de un árbol tirándole piedras: “ustedes están criados sólo a taller de expresión?”, uno se trepa al árbol y baja la pelota. (Entrevista a Docente de Apoyo del ámbito privado)

Con las figuras del cuento y los juegos en la calle, se intenta comenzar a develar la pérdida de “valores” que fueron interiorizados en un pasado no muy remoto, y que eran partes constitutivas de un proceso de sociabilidad que en su generalidad se siente como pérdida. No se trata de añoranza intuitiva (o al menos no del todo), sino de pérdidas reales con consecuencias también reales que permiten desmadejar el entramado de una complejidad que supera a la niñez de hoy día, y a unos adultos ya superados por aquella. Pareciera que los niños y niñas del siglo XXI ya no tienen tiempo para tales menesteres, porque sus obligaciones son otras, sí, sus obligaciones.

... más que nada a nivel de la consulta particular, los niños que hacen más jornada horaria que los otros, van a doble horario, después a un deporte. He visto muchos niños que tienen una impresión clínica de tener una depresión y es agotamiento, están como quemados. ¿Viste el síndrome del “burn-out”? Es un síndrome que tienen los técnicos en el área de salud mental, los Maestros, que están con sobrecarga de trabajo. Eso están teniendo los chiquilines de contextos privados: tienen que hacer doble horario, después un instrumento musical, hacer karate, hacer fútbol. Y uno dice el fútbol es recreativo, ¿por qué sería sobrecargar al niño? Y porque si el niño no tiene un solo rato para no hacer nada y quedarse en casa sufre muchísimo. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

La niñez de hoy día difícilmente tiene espacios reales de ocio, ya sea por

cuestiones económicas, familiares, de “tiempos” de los adultos... Cualquiera “excusa” sirve, por lo pronto, lejos está esta niñez de la distensión.

No, con lo que él hace le alcanza. Entre que va y vuelve ahí donde lo ayudan con las tareas de la escuela le lleva como una hora para ir y otra para volver. Y además ahí tiene gimnasia que ahí hace, hace como tres meses.” (Entrevista a madre niño de 11 años medicado ECSCC)

No hace otras actividades, él quiere jugar al fútbol pero está pasando tantas cosas y yo no tengo tiempo, es de noche la práctica, pero voy a ver si me animo y lo acompaño. A Eliana le gusta danza. (Entrevista a madre niño 12 años medicado ECSCC)

No, acá no. En Rocha sí jugaba al fútbol, le encanta, iba a piscina. Esas actividades lo ayudaban mucho. En el CAIF lo llevaban a un complejo deportivo allá, maduró muchísimo en esa etapa. Aparte es como que se libera él, queda más tranquilo. Acá no tiene, donde yo estoy es muy chiquito, no tiene patio, lo único que hago es sacarlo, lo llevo a la plaza, lo saco a caminar. Juega con los compañeritos de escuela, pero en la vereda, porque no son de un ambiente muy adecuado. Entonces no tiene muchas opciones. (Entrevista a madre de niño de 6 años medicado ECSCC)

Va al psicólogo, psicomotricista, fonoaudiólogo y psicopedagoga. (Entrevista a madre niño 14 años medicado colegio privado)

Van a tareas de apoyo educativas. (Entrevista a madre niños medicados 7 y 9 años colegio privado)

Nosotros teníamos pensado ponerlo en algo de karate, para que descargue y tenga algo que le dé disciplina. Estamos averiguando para llevarlo. Pero también nos damos cuenta que necesita un espacio de terapia, donde pueda hablar sus cosas, que tenga su lugar, su espacio, para un

poco descargarse él y abrirse un poco más y ser más él. Capaz él se siente muy apretado entre el hermano más grande y el más chico. (Entrevista a familia niño de 8 años derivado a medicar ECSCC)

Así, el *dispositivo* de disciplinamiento que fue tan larvadamente interiorizándose en las mentes y los cuerpos para una sensibilidad civilizada y moderna, introdujo institucionalidades como la escuela y el hospital, de manera de poder ejercer su saber/poder, quedando la familia un poco más ajena (hasta extraviada podría decirse), pero por ello, igualmente comprometida.

Como se ha venido analizando, los procesos demarcatorios entre los individuos han resultado una constante en la razón moderna a través de sus diversas manifestaciones. Así, la distinción entre *normal* y *patológico* contiene y es contenida por otras demarcaciones como lo apropiado y lo “desviado”, lo lícito y lo “ilícito”, entre otras, otorgándole “el estatuto de la exclusión cuando se trata de juzgar y de la inclusión cuando se trata de explicar”. (Foucault, 1992b: 7) Estas líneas demarcatorias, universalizadas en cuerpo social, particularizadas en cuerpos individuos y singularizadas en cuerpos subjetivos,⁴⁵ atraviesan los seres en su existencia, encontrando “una justificación y la apariencia de un fundamento”:

...los términos de la dicotomía no han cambiado: los mismos elementos son aceptados y los mismos elementos rechazados... Lo que se ha modificado es la relación entre lo excluido y lo incluido, lo aceptado y lo rechazado: esta relación se admite ahora a nivel de las posibilidades de desviación del cuerpo, o mejor en esos márgenes de acción que ro-

45 Más allá que esta distinción entre cuerpo social, cuerpo individuo y cuerpo subjetivo se retomará más adelante desde los planteamientos de Adrián Scribano, se comparte la concepción de cuerpo vertida por Murillo, en tanto: “Cuando decimos “cuerpo”, desde esta perspectiva nos referimos a veces al cuerpo individual, a veces al cuerpo de la especie humana, otras a un cuerpo social. En cualquiera de esos casos el cuerpo no es algo puramente biológico, sino que está atravesado por la historia, construido socialmente en sus hábitos y gestos”. (Murillo, 1996: 86)

dean el ejercicio del alma y del cuerpo... (Foucault, 1992b: 11)

Estos cuerpos infantiles, impregnados de historia y por ésta derrotados, serán los fieles expositores de una lógica de poder imperante en un tiempo y espacio dado: las sociedades occidentales modernas. Lógica que tiene sus inicios hace un poco más de dos siglos, y que en sus contenidos continúa arremetiendo en la contemporaneidad más allá que sus manifestaciones aparezcan de forma diversa.

En estas *sociedades de vigilancia*, los dispositivos institucionales de disciplinamiento adquieren especial relevancia, siendo la escuela y el hospital “pequeños observatorios” de los sujetos, donde se demarca lo normal de lo patológico a través de gestos, acciones, pensamientos, sensaciones, discursos. Este contexto normalizador de una hegemonía dominante insta para parámetros demarcatorios para la media de la población, especificando claramente el camino a seguir y sus desvíos.

Tales dispositivos actúan sobre los cuerpos, en este caso infantiles, valiéndose de tácticas y técnicas precisas para la efectivización de relaciones de fuerza, donde saber y poder median cada vez con más imperancia la vida cotidiana de la niñez. Y así, del cuento y la calle, escuela mediante llegan al hospital, ya no sólo como los dispositivos de control basales para la “prevención”, sino para el control de estos cuerpos pequeños que cada vez exteriorizan con mayores exabruptos las interiorizaciones de una sociedad que los violenta, los sobreexige, los carga de contradicciones y los culpabiliza.

En este diagrama⁴⁶ cada vez más corrosivo de las *sensibilidades*, cuerpos, relaciones sociales y mecanismos de reproducción son construidos para una hegemonía que aún se requiere y apela. Pero aparecen las resistencias, tal como se ha visto precedentemente, y con éstas los efectos como “consecuencia que no estaba pre-dada en el origen, sino que surge de la contingencia, del azar de los enfrentamientos”. (Murillo, 1996: 82)

Al encontrarse los puntos de resistencia en todas partes dentro de la

⁴⁶ “El “diagrama” ha dicho Gilles Deleuze, es como un esquema móvil de las relaciones sociales en un territorio histórico determinado. ...” (Murillo, 1996: 76)

red de poder, juegan de cierta manera “el papel de adversario, de blanco de apoyo, de saliente, para una aprehensión”. (Murillo, 1996: 84) En este contexto es que se considera se enmarcan las conductas infantiles en sus exabruptos, teniendo siempre presente la distinción entre lo que se halle dentro de lo *normal* y lo que en su demarcación se entiende como *patológico*. O quizá por ello, se ve en este concepto de resistencia un punto de partida para sortear tal distinción, proveniente de un saber/poder enraizado en la historia y vida cotidiana de los sujetos de la modernidad y que adquiere cada vez mayor magnitud.

La niñez del siglo XXI, en sus manifestaciones conductuales, da cuenta de un proceso de resistencias pasivas y activas ante instituciones de dominio del poder en su hegemonía. Lejos se está de idealizar aquí esta infancia como posible promotora de superación del orden imperante, puesto de los dispositivos de control están cada vez más interiorizados y esta niñez es la primera en asumirlos como propios; pero en sus exteriorizaciones, cargadas de fundamentos técnicos como “violentas” “exacerbadas” “peligrosas” “indisciplinadas” “desajustadas”, se reproducen como actos que quedan en las más de las veces “fuera de la norma”, y de ahí su demarcación patológica (o su resistencia).

Hoy día, entre dispositivos y resistencias, la niñez ha dejado a un lado el cuento y la calle como espacio de ocio y recreación, para ser constreñidos en escuelas y hospitales, más aún cuando las conductas marcan diferencias. Las familias, imbuidas por la sorpresa y el desconcierto de la complejidad de su razón de ser, institución en constante cambio desde los últimos tiempos, quedan enmarañadas entre las otras dos institucionalidades que parecieran haber resurgido, una desde el discurso de la opresión sentida (la educación) y otra desde el poder ejercido (la salud). Y así, las resistencias van siendo disipadas, o más bien, dopadas, con bellos argumentos científicos.

Llegamos a sentir alivio cuando el médico nos dice que nuestro hijo está enfermo, que tiene un problema neurológico que debe ser tratado con un medicamento. ¡Cualquier cosa con tal de que no sea diferente! ¿Cómo llegamos a convertirnos en esa clase de monstruos? ¿Cuándo

perdimos el ritmo de esa forma? ... Nuestra propia singularidad, tan celosamente custodiada, a salvo de miradas indiscretas. ... ¡qué tranquilidad trae escuchar que el pobre tiene un problema con un neurotransmisor, aunque no sepamos bien de qué se trata! O que le llega menos sangre a algunas partes de su cerebro, porque eso hace lo quehacer, no estudia o se porta mal. Y lo mejor: ¡qué buena debe ser esa píldora mágica que le borra esas ideas locas de singularidad! Y, si cada vez come menos o crece menos o llora todo el tiempo, será el precio que habrá que pagar para ser igual, como el resto. (Moyano, 2004: 96-97)

¿Será el costo de la resistencia el psicofármaco? ¿Será el costo de la resistencia la etiqueta de “problemas conductuales” “déficit atencional” “hiperactividad” “ansiedad” “depresión” y hasta “intento de autoeliminación”, en otros?

La Psiquiatra Infantil me dio esta receta (dice: “Paciente descompensado, IAE????, control estricto en 7 días”), porque él se había como lastimado en la escuela, él dice jugando con otro niño. Pero él jamás se lastimó, jamás hizo nada contra su cuerpo. Es sí un niño muy hiperactivo, como nervioso. Pero qué se quiera matar!! Y no le preguntó nada a él, además era todo conmigo. Y enseguida lo medicó como de urgencia. Yo me peleé con esa doctora porque yo no lo quise medicar. Ella me mandó la medicación, agarré la receta y me vine para acá. Le mandó (muestra receta): trileptil, risperidona. Me dijo que uno lo iba a dormir un poco y el otro le iba a calmar los nervios. Pero nunca llegué a retirarlos, porque me vine para casa, lo hablé con mi marido, él me dijo que no de una, porque además era lo que yo sentía, un niño de 7 años no puede pensar en eso (refiriéndose a la receta con “IAE????” escrito), porque aparte la Maestra me lo mandó sólo a mí a la doctora, porque al otro niño con el que estaba jugando no lo llamaron, me llamaron a mí de la escuela “Bruno se cortó”. (Entrevista a familia de niño de 8 años mandado a medicar)

¿Dónde está la distinción entre juegos infantiles y patologías psiquiátricas, al punto de presumir un IAE? Porque hoy día muchas veces es visto como patológico, fundamentalmente en las ciudades más populosas, que un niño o niña se suba a un árbol, tenga hondas, empuje, se haga algún corte como competencia y resistencia. ¿Nadie se acuerda ya de su niñez? Todo se interpreta como agresión hacia los otros y/o hacia uno mismo. Todo es mediado por un “*conocimiento científico que ha ido en avance*” que considera que puede despistar con mayor claridad lo normal de lo patológico. Y entonces sí, cada vez es más difusa y subjetiva la línea demarcatoria entre uno y otro, porque posiblemente un niño o niña trepado a un árbol en una escuela del interior sea parte de la posibilidad de juegos y espacios recreativos en una institución educativa que cuenta con espacios más abiertos. Ahora, un niño o niña que se suba a un árbol en las urbes donde priman edificios y espacios reducidos, puede llegar a ser entendido como IAE. Definitivamente, más que científico el saber pareciera que se ha tornado cada vez más subjetivo, apelando siempre a “fundamentos académicos”.

Por ello resulta tener en claro a la hora de hacer diagnósticos, etiquetar patologías, distinguir sensibilidades, los contextos en los que estos niños y niñas inscriben sus aspectos rutinarios de su vida cotidiana.

Es muy frecuente ver que cuando uno hace la historia del niño y construye la historia familiar hay antecedentes de este tipo de trastornos. Y tiene un trípode comportamental, un grupo de síntomas comportamentales, en tanto son observables, objetivables, que se agrupan de acuerdo a ciertos criterios y ello constituye un diagnóstico clínico. Ahora, para que ese diagnóstico se haga tienen que haber una serie de criterios. El niño inquieto no es un niño que tenga déficit atencional. La inquietud, que ni siquiera es la inquietud es la hiperactividad, o sea que es una inquietud excesiva, una actividad psicomotora excesiva para la edad, para el contexto, para la norma de su ambiente. Yo no puedo considerar el mismo criterio para definir la hiperactividad en un niño que vive en el medio rural que en un niño que vive en un apartamento de un dormitorio. La tipificación de la conducta

cambia según el contexto. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Cuando estas distinciones planteadas no son tomadas en cuenta y prima la sospecha casi generalizada y subjetivizada, muchas veces quedan dentro de los diagnósticos niños y niñas que no están *enfermos* y quedan fuera otros que sí los están. Por ello, se insiste en la escucha real del sujeto que se tiene delante, más allá de su adulto de referencia. La escucha atenta al niño o niña en sí, como sujeto de derecho, con posibilidades de expresarse en lo que sienta y piensa. Si no, no puede haber diagnóstico posible que no implique arbitrariedad desde el saber/poder.

- La psiquiatra me hizo empezar a hablar cosas de la vida de él, con él adelante, cosas que él ni siquiera sabía y me las hizo contárselas ahí, cosas que él pasó de cuando era bebé, que en sí él ni se acuerda, no conocía ni nada y me lo hizo hablar delante de él. Y me dijo, “decilo delante de él porque él tiene que saber”. – ¿Le hizo preguntas a él? ¿Tuvo su espacio con la psiquiatra?- No, nada, no lo vio ni 5 minutos, ni siquiera habló con él y ya le dio la medicación. (Entrevista a familia de niño de 8 años mandado a medicar)

...porque no es cosa de medicar, porque justamente lo que hay que hacer es ayudar al niño a que entienda qué es lo que le pasa, qué es lo que lo tiene tan triste o tan distraído, y hay que ayudar a las familias para que entiendan que lo que pasa en casa y los problemas que pueden estar habiendo inciden en la cabecita de ese nene y le están generando un perjuicio. Por eso tenemos que trabajar también con las familias. Nuestros profesores nos decían que el psiquiatra de niños es a su vez el psiquiatra de la familia, o debería ser, no para medicar a las familias sino para esto, para ayudar a entender las necesidades emocionales de los gurises y cómo cosas que pasan repercuten en ellos y generan estos trasfondos. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Cada persona es una y nosotros por lo general no hacemos tratamientos

a medida, como que aplicamos recetas para todos igual, no tenemos en cuenta el contexto, entonces el sistema médico falla por no tener esa visión, se pierden de valorar aspectos que son fundamental para que vos eduques y recomiendes tratamientos integrales, que tengan en cuenta lo que es no sólo lo biológico, el cuerpo, sino que tengas en cuenta lo emocional y lo social. No estoy en contra de los medicamentos, pero es más fácil medicar que tener una oreja para escuchar, una palabra para reconfortar. La vida moderna nos lleva a importar otros aspectos. Y ahí es cuando aparece la pastilla. (Directora Hospital MSP)

La distinción entre una escucha atenta a la problemática contextual de ese niño o niña que llega a la consulta médica, en la mayoría de las situaciones por derivación de la escuela, marca el punto de partida hacia la ampliación o no de su *campo de los posibles* hasta ese momento bastante restringido por las manifestaciones conductuales. La subjetividad aquí ya no sólo permea la distinción entre lo *normal* y *patológico*, sino entre considerar al *otro*, más allá de su edad, un sujeto de derecho.

1.3) Cuerpo social, cuerpo individuo, cuerpo subjetivo.

...los cuerpos en toda sociedad, pero especialmente desde la consolidación del estado moderno, son tomados por una disciplina social que los amolda y los hace presentables y funcionales. Los psiquiátricos, las cárceles, los orfanatos, los asilos de ancianos, entre otros, son lugares donde esa disciplina muestra, a través del secuestro de la experiencia, su máxima expresión.
(Scribano, 2005: 101)

Texto y contexto en las corporalidades.

Retomando la lógica de exposición planteada por Lourau desde lo metodológico en relación a los momentos del análisis institucional, tal como

se ha planteado en la Introducción, aquí correspondería la abstracción de una universalidad donde la idea de un *cuerpo social* (Scribano, 2008) mediador y mediado, productor y producido transversaliza y es transversalizado por pautas y prenociones de una hegemonía en la sociabilidad en el marco de la razón moderna.

De esta manera, en este punto se analiza la idea de *cuerpo social* en la abstracción de un universal mediado por una razón instrumental (constitutiva de la razón moderna), propia de las sociedades occidentales modernas, que constriñe y (des)legitima hasta la posibilidad de pensar un cuerpo ontológico.

Simplemente a modo de mención, ya que será abordado posteriormente, la constitución de la razón moderna surge en un proceso generado desde el Renacimiento y tiene su culminación en el Iluminismo. Este devenir encuentra su razón de ser a partir de una complicada relación de continuidad y ruptura con las tradiciones culturales de Occidente.

La constitución de la razón moderna surge en un proceso generado desde el Renacimiento y tiene su culminación en el Iluminismo. La misma se fundamenta a partir de tres de sus mediaciones básicas, a saber: el humanismo,⁴⁷ el historicismo concreto⁴⁸ y la razón dialéctica⁴⁹ (Netto, 1994). Este devenir encuentra su razón de ser a partir de una complicada relación de continuidad y ruptura con las tradiciones culturales de Occidente. Este devenir encuentra su razón de ser a partir de una complicada relación de continuidad y ruptura con las tradiciones culturales de Occidente.

Un aspecto a tomar en cuenta resulta la diferenciación entre Iluminismo e Ilustración, siendo el primero un proyecto civilizacional de largo plazo, transhistórico, que media la realización de los individuos a partir de la autonomización por el conocimiento; mientras el segundo remite a un punto de inflexión en este largo proceso, ocurrido desde fines del Siglo XVIII con enormes repercusiones en lo económico, político, social y cul-

47 El hombre como producto de su propia y colectiva actividad: autoconcreción.

48 Carácter ontológicamente histórico de la realidad.

49 *Vernunft*, en tanto superación de la razón analítica (*verstand*).

tural. Las ideas de los grandes filósofos griegos llegan a Europa Occidental en el período feudal y allí se estancan, en tanto contradecían la cultura teocéntrica que hegemonizó entre los Siglos III y XV dicha parte del mundo. Con el Renacimiento, el cristianismo se conforma en una visión de Estado (Reforma Luterana) y los griegos comienzan a ser recuperados. Se inicia en este Siglo XV un *arco histórico* que termina en el Siglo XVIII con la Ilustración, época en la cual se construye colectivamente una imagen de proyecto de individuo que ve en la emancipación la realización humana y en el conocimiento racional el medio para alcanzarla.

En este contexto, comienza a socavar en el imaginario, y en su concreción a través de la ciencia, una nueva racionalidad, instrumental en tanto racionalización de la explotación de la naturaleza en su efectividad y procesualidad; esto es, la explotación al máximo de la naturaleza para garantizar la supresión de la carencia material, siendo ésta objeto de manipulación. El punto en cuestión, y una de las promesas que se consideran incumplidas de esta razón moderna (de la que toman especial bastión de crítica los posmodernos) es que no sólo no se suprimió la carencia material, sino que la emancipación ⁵⁰ prometida culminó en su contradicción, en tanto la instrumentalidad de la razón devino un *boomerang* en las concreciones de los sujetos, generalizándose no sólo la explotación de la naturaleza, sino la sujeción de los sujetos sobre los sujetos mismos.

Así, la racionalidad se torna objeto y sujeto en el análisis. Desde el Siglo XVIII los individuos pueden aprehender la vida en términos de procesualidad, los cambios se tornan perceptibles y en dos dimensiones: naturaleza y relaciones humanas. Con la asunción del Estado burgués ampliado luego de 1848, esta razón ilustrada (instrumental y emancipadora) recoge y redimensiona la instrumentalidad en tanto no es posible concebir la sociedad compleja sin instrumentos manipulatorios. El capital sólo puede moverse

50 Como marco de una racionalidad emancipatoria, en tanto racionalización de las relaciones sociales para lograr la emancipación humana, como forma de superar el “destino” del nacimiento y viabilizar la movilidad social por el propio desarrollo individual, siendo la asociación entre los individuos sin constricciones ni limitaciones y fundada en el conocimiento de la sociedad humana.

a través de la manipulación, bajo el capital no se producen bienes sino mercancías; por ende, el capital trae manipulación, plasmada fundamentalmente en lo social, y a los fines del presente estudio, en el *cuerpo social*.

En este marco, se analizan los cuerpos en su ontología, permitiendo ubicarlos como *productores y productos* (Sartre, 2000) de la historia misma, de cada uno de los sujetos en su individualidad, y también como historia colectiva, que contiene pasado, presente y futuro: “Los hombres hacen la historia sobre la base de condiciones reales anteriores... pero son ellos los que la hacen, y no las condiciones anteriores, si no, serían los simples vehículos de unas fuerzas inhumanas que dirigirían a través de ellos el mundo social.” (Engels *apud* Sartre, 2000: 75)

Se comprende esta abstracción en tanto *cuerpo social* enmarcado en un proceso que contiene y expande cada una de las individualidades; *cuerpo social* que ontológicamente es mediado y mediador de lo que en su tiempo y espacio le atraviesa como característico. Y en este punto es que se considera encuentra apoyo la idea de cuerpo social mediado por una razón instrumental propia de las sociedades occidentales modernas, donde lo *normal* y *anormal* juegan una dicotomía que se entrecruza, y que funciona como línea demarcatoria para conformar un imaginario de cuerpos incluidos desde un *nosotros*, y opuesta y complementariamente cuerpos excluidos en su alteridad. Este proceso no restrictivo sólo a las corporalidades (pero que enfáticamente las constriñe), permea y es permeado por promesas emancipatorias que llevan a la dominación de unos sobre otros; a que unos soporten mecanismos de sujeción mediante dispositivos de dominación ejercidos por otros, en un entramado dialéctico que no asegura que el estar hoy aquí evita que mañana se esté allá. Por ello, en este sentido, se comparte lo planteado por Scribano en tanto:

Un primer supuesto es que el cuerpo es el locus de la conflictividad y el orden. Es el lugar y topos de la conflictividad por donde pasan (buena parte de) las lógicas de los antagonismos contemporáneos, constituyéndose en el marco de lo que venimos afirmando sobre los mecanismos de soportabilidad y los dispositivos de regulación de las sensaciones.

Un segundo supuesto es que observamos que perdura algo así como una economía política de la moral, es decir, unos modos de sensibilidades, prácticas y representaciones que ponen en palabras la dominación. (Scribano 2007: 121)

Devenido en un corpus concreto con reales posibilidades de conflicto social, este *cuerpo social* es mediado por los procesos de racionalidad instrumental mencionada. Así se comprenden los *mecanismos de soportabilidad social*, en tanto conjunto de prácticas tendientes a evitar el conflicto. (Scribano, 2007) Sólo así se pueden entender estos procesos, estos sometimientos, estas ausencias corpóreas en el sentir cuando se es parte de la alteridad excluida. Reivindicaciones que si quisieran llevarse adelante ponen en funcionamiento el engranaje de esta gran máquina, y estos cuerpos con posibilidades presentes o futuras de levantamiento, se tornan dóciles por su sujeción:

En este contexto, entenderemos que los mecanismos de soportabilidad social se estructuran alrededor de un conjunto de prácticas hechas cuerpo que se orientan a la evitación sistemática del conflicto social. Los procesos de desplazamiento de las consecuencias de los antagonismos se presentan como escenarios especulares y desanclados de un espacio-tiempo. La vida social “se-hace” como un-siempre-así. (Scribano, 2007: 124)

Así cobran forma los *dispositivos de regulación de las sensaciones*, que pre-determinan lo socialmente habilitado a ser distribuido como verdad en las sociedades, en tanto sensaciones y percepciones. Estos dispositivos, al decir de Scribano dan cuenta a los sujetos de las maneras de “*apreciarse-en-el-mundo*”, orientando así sentidos, percepción y sentimientos. Pero, “¿desde dónde se conectan cuerpos, sensaciones y dominación?”. (Scribano 2007: 124)

Como se ha visto, en el camino transcurrido desde el Siglo XVIII, estos procesos han sido contenidos de diversas formas, resultando siempre

victorioso un capitalismo que se va metamorfoseando, que intimida y se introyecta cada vez más en el *cuerpo social*. Plasmado su juego, no habría más que rendirse ante sus encantos; porque eso pareciera que sucediera. La majestuosidad de hacer creer que el disfrute de unos pocos es la realización de la fantasía del disfrute de todos. Fantasía tal que ni siquiera hace cuestionar a quien queda *del otro lado* que lo que siente, vive, le moviliza, está sujetando su condición de sujeto emancipado: “Estas conexiones entre sensaciones, cuerpo y dominación nos conducen hacia el dolor social como uno de los componentes importantes de las condiciones sociales de posibilidad de la dominación, la evitación conflictual y la naturalización de la coagulación de la acción.” (Scribano, 2007: 124)

El *dolor social* implica quiebre, ruptura en la dialéctica cuerpo-social, cuerpo- individuo y cuerpo subjetivo. Se entiende como sufrimiento percibido desde una subjetividad que ha interiorizado diversos mecanismos de soportabilidad social, pero que estos exteriorizados no siempre implican orden, disciplinamiento, plena aceptación, más bien lo opuesto:

El sufrimiento resquebraja la articulación de los modos sociales de vivir (se) y con-vivir asegurando la distancia (corporal y sensible) con la acción disruptiva. El dolor social es esa iteratividad y regularización de tribulaciones, des-ventajas y depreciaciones. El dolor social es un sufrimiento que resquebraja ese centro gravitacional que es la subjetividad y hace cuerpo esa distancia entre el cuerpo social y el cuerpo individuo. (Scribano, 2007: 128)

En este sufrimiento en que se construye la sensibilidad, se produce un desanclaje entre estas tres corporalidades, una desconexión que difícilmente pueda recuperar sus basamentos esenciales. En la situación de los niños y niñas que están siendo medicados abusivamente con psicofármacos en el Uruguay, cabría preguntarse qué energías les quedarán a futuro si son dormidos desde pequeños, qué autonomía y emancipación pueden pretender si en posibles pretendidas oposiciones son resquebrajados bajo las instituciones legitimantes del disciplinamiento, cómo se presentan y pre-

sentarán socialmente en tanto sujetos concretos. Estos sinsabores resultan partes constitutivas de un *dolor social* que se va apoderando no sólo de estos cuerpos infantiles, sino de la sociedad como colectivo, en tanto “las distancias entre las necesidades y medios para satisfacerlas, las distancias entre las metas socialmente valoradas y capacidades disponibles, las distancias entre lo que se tiene y lo que se puede acceder” corroen todo tipo de sensaciones y afianzan el *dolor social* como parte constitutiva del ser y estar en el mundo moderno: “El dolor social se va transformando, se va haciendo carne primero y callo después.” (Scribano, 2007: 129)

El cuerpo así abarcado, es extensión y exposición; esto es, el cuerpo está siempre expuesto, y de ahí, además, su condición de tal: “un cuerpo es estar expuesto, y para estar expuesto hay que ser extenso”. (Nancy apud Peretti, 2004: 119) En este vaivén, el cuerpo como “*existencia absolutamente corporal*”, en su determinación ontológica de la existencia misma, confluye con una comunidad, la que le da carácter a su entidad. La comunidad genera el espacio para que en el reconocimiento de unos cuerpos y otros preserven su libertad:

Experiencia de la libertad: cuerpos liberados, brindados entonces, puestos en el mundo que ellos mismos son (...) Pues la libertad es la no-presuposición común de esa intimidad y de ese alejamiento mutuo en los que los cuerpos, sus masas, sus acontecimientos singulares y siempre indefinidamente multiplicables tienen su ausencia (y, por consiguiente, de forma idéntica, su rigurosa igualdad). (Peretti, 2004: 3)

De hecho, como diría Nancy, el cuerpo tiene la estructura de la libertad y la libertad la estructura del cuerpo. Este *cuerpo ontológico* toca así “la dura extrañeza, la exterioridad no-pensante y no-pensable de ese cuerpo”. (Nancy apud Peretti, 2004: 9)

Este *cuerpo social*, permeado en su cotidianidad por una gran *máquina depredatoria de energía*, continua su marcha siendo regulado y regulando las sensaciones, las percepciones, las formas de ser y estar en las sociedades donde se ha venido expandiendo, a veces sigilosamente, otras con una furia

tal que pareciera estremecer hasta a sus propios ejecutores terminales. Las sensaciones en genérico avaladas de ese *cuerpo social*, no son más que las de unos pocos. Y en este contexto pareciera tener un futuro bastante oscuro. Ese *cuerpo social* camina hacia un gran precipicio, con el sigilo y el cuidado ante lo desconocido, con la inseguridad provocada por la venda en los ojos, pero con la fantasía a flor de piel de una emancipación que ya llega... que ya llega...

Particularización de la medicación en los cuerpos infantiles.

Continuando con la lógica de exposición predicha, éste sería el momento de la particularidad, de un *cuerpo individuo* (Scribano, 2008) que comienza a concretizarse en adultos de túnica blanca: médicos y Maestros, en un proceso de sociabilidad legitimada por el orden hegemónico, determinando las líneas demarcatorias entre el nosotros y la alteridad, entre la normalidad y la anormalidad, entre lo incluido y lo excluido. Así se halla un *cuerpo individuo* transversalizado por los procesos de medicalización, un *cuerpo social* concretizado en su particularidad por un *cuerpo individuo*, transversalizado éste por procesos de medicalización en la niñez que han ido de la mano y, a su vez, conllevado formas de disciplinamiento específicas sobre particularidades, con el fin de permear la concreción de reivindicaciones presentes y futuras que pudieran alterar “el orden establecido”.

Tal cual fuera especificado, lejos se está de pensar en una conspiración de unos contra otros, con roles pre-establecidos y con concreciones eternas. Se trata de un *cuerpo social* mediado por múltiples determinaciones, en un interjuego de acciones y no acciones, de sensaciones y percepciones, de expresiones y dichos. Un *cuerpo social* que dependiendo del momento y lugar, responde genéricamente y exige la correspondencia a quienes pretenden marcar diferencias. Un *cuerpo social* habilitante a rodar en los diversos roles, pudiendo dominar y estar dominado, excluir y estar excluido, ser un “nosotros” en la alteridad, y así sucesivamente.

De eso se trata la dialéctica de este *cuerpo social*, tomado en genérico como un todo, pero que en la concreción de sus particularidades, y más

aún de sus singularidades, deviene en formas diversas. Por ello se hace necesario el estudio del *cuerpo social* entendido como abstracto en el universal precedente, y que encuentra su concreción en la corporalidad misma, en tanto sensaciones, percepciones y flujos de energía; esto mediado por los condicionamientos conllevados por la razón instrumental que conforman los procesos de disciplinamiento propios de las sociedades occidentales modernas. Se concretiza, entonces, un *cuerpo individuo*, entendiendo éste cómo:

...un conjunto de sensaciones producidas y receptadas por una unidad “natural” que en algunos momentos parece “estar” bajo el control del agente como designante, y en otros aparece como autónomo, condicionando precisamente el carácter de agente del operador designante. Una serie de procesos ligados a la producción y reproducción del cuerpo individuo (de ese estado de cosas que aparece en la intersección entre lugares sensoriales, impactos “externos” y agente designante de perceptibilidad) constituyen los rasgos básicos de los modos materiales de existencia. (Scribano, 2007: 123)

Para los fines de este punto del presente trabajo, el rodeo hacia el particular está dado por la concreción hacia la medicación abusiva en la niñez como dispositivo de disciplinamiento en el marco de la razón instrumental moderna. Un *cuerpo individuo* transversalizado por la sujeción de las sensaciones y expresiones a través de psicofármacos. Un *cuerpo individuo* configurado y configurando una niñez abatida las más de las veces por los efectos químicos, por pastillas que determinan lo qué sentir, cómo expresarse, qué hacer y no hacer.

Así se va construyendo, y paralelamente resquebrajando, un *cuerpo individuo* visualizado como *cuerpo recipiente*.⁵¹ Un cuerpo como receptáculo que trae consigo los trazos de la historia personal, y también de la historia colectiva. Una historia puesta en ese *cuerpo individuo*, que le carga de con-

51 Aspeto ya trabajado someramente en la presente investigación y que vuelve a dar forma a una imagen materializada de un contenido que resulta necesario darle cuerpo.

tenidos y formas, propios del tiempo y espacio en el que se halle, y hace, en este caso de la infancia, un “*animal adiestrado*”.

Ese adiestramiento, visualizado como disciplinamiento en las sociedades capitalistas, se interioriza directamente en las sensibilidades, naturalizándose de esta manera lo que se debe sentir, pensar, actuar. El deber ser derrota sin tregua al ser. El ser, sustancializado en *cuerpo individuo*, debe ser neutralizado. Y qué mejor que hacerlo desde la infancia, cuestión que no existan dudas de qué camino tomar a futuro. “Niño violento” “niña indisciplinada”... Un sinfín de atributos para esta niñez que parece descarriada; niñez que precisa un adiestramiento con una forma de disciplinamiento más eficaz que la utilizada en los últimos tiempos. Una niñez que desde las instituciones que históricamente han sido la mano ejecutora y organizadora de la razón instrumental interpelan las acciones y atributos de éstas. Médicos y Maestros embanderando un disciplinamiento que se entiende como cada vez más arriesgado y nocivo, cada vez más depredador de cuerpos y almas, cada vez más (des)legitimado.

A través de formas de ser y de actuar de estos *cuerpos individuo* de la niñez, desde estas instituciones del mundo adulto diagnostican un presente difícil y auguran un futuro oscuro, sin posibilidades de incluirse en un *nosotros normalizado*, configurándose pareciera que automáticamente como una alteridad excluida.

En los chiquitos ya se ven que tienen problemas, y en los registros desde el preescolar ya está puesto que vienen con problemas, que les cuesta estar quietos, que no se sientan, que su concentración es por muy poco tiempo. Ya vienen desde inicial así. (Entrevista a Maestra de ECSCC)

Fijate que el futuro del niño se juega en sus primeros años de vida, en la continencia de la madre, es fundamental, un niño abandonado, ya mal alimentado y sucio es un maltrato, y ahí te estás jugando el futuro de los niños. Es así, se llama carencia primaria de afecto, de educación, de atención, y ya está, estos crecieron, no son de este momento, vienen creciendo. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Estos cuerpos, que ya se perciben como improductivos para el sistema capitalista del mañana, mejor dejar estancados desde el hoy. Y todo sea por el derecho a reivindicar de quienes comparten sus espacios en aula (y que sí serán productivos); porque quienes no molestan qué culpa tienen de compartir sus horas con cuerpos en continuo movimiento (más no sea que esta molestia sea percibida fundamentalmente por el mundo adulto y transmitida, por ende, al mundo infantil).

Claro, porque a veces cinco o seis que no quieren aprender, que no tienen interés, que no tienes como captarles la atención, hacen que 20 o más pierdan tiempo. Porque todo el tiempo que le insume a la Maestra encausarlos, desviar la atención para atenderlos que están molestando, que están hasta agrediendo a los compañeros, le está quitando tiempo de aprender a los que están atendiendo y realmente están interesados. Influye entonces no sólo en el índice de repetición de los que molestan, sino a los demás, porque fíjate si tenés que estar trabajando un tema y lo tenés que interrumpir 4, 5, 9 veces, qué posibilidades de darle continuidad a esas ideas para seguir explicando tal o cual cosa. (Entrevista a Directora ECSCC)

En la misma línea, de acuerdo con Luna y Scribano:

El Capital ya no necesita de cuerpos en condiciones de reproducción de habilidades o de ejercitar las condiciones mínimas del cuerpo individuo, su objetivo es mantenerlos en la oscuridad de lo impresionante, en la disponibilidad para Otro, pero así, como miembros exiliados de su cuerpo. Esos niños ya no juegan ni falta que hace pues no hay roles que aprehender, ya no hay funcionalidad social en su desarrollo psicomotriz. La astucia del dispositivo de regulación de las sensaciones no termina ahí, pues lo más efectivo es dejar en melancolía al observador y experienciante de eso social monstruoso. Ni pobres, ni no pobres “pueden hacer” nada. Aparece así, junto al mundo del NO, la sociedad

de los mutilados. (Luna, R. y Scribano, A. 2007: 35)

Un *cuerpo individuo*, concretizado a los fines del presente, en la niñez que necesita ser adiestrada. Estar sentado en un pupitre en aula, siguiendo las pautas y estandarizaciones de la normalidad moderna, donde el cielo es celeste y el sol amarillo, y cuidado con cuestionar cualquier precepto. Sentarse derecho y mirando al frente. ¿Cómo lograrlo si su cotidianeidad es atravesada por otras realidades? ¿Cómo pretender que queden neutralizados como estatua, incorporando conocimientos a veces tan abstractos, y encima sin moverse? Y en esto no hay distinción de clase, porque el punto de partida al camino de la medicación es el mismo: las manifestaciones conductuales que no entran dentro de la norma.

Son los niños que están en otra, que no les interesa la propuesta, que están viviendo problemas que son propios, complicados, difíciles y que no están en el ambiente escolar y no aprenden. Esta cantidad de horas de encierro en un centro educativo, estar sentado en una silla frente a una mesa tantas horas, la didáctica, la pedagogía va muy rápido, pero las prácticas educativas son muy tradicionales. Y los niños están cambiando, no son los mismos niños que fuimos nosotros. Si entramos a un salón vemos que pocas son las propuestas que han cambiado y que les llaman la atención a estos niños. (Entrevista a Directora ECSCC)

La institución educativa tiene esa misión. Y hoy día, por diversas razones, pareciera que ya no interesara comprender esencias más allá de las apariencias. Entonces, se juzgan los fenómenos, *cuerpo individuo* actuando, y algo hay que hacer con todo esto. En el ámbito público: magros sueldos, muchas horas de trabajo con aulas masificadas; en el ámbito privado: la sobreexigencia de la excelencia tanto para educadores como para educando. En este contexto pareciera imposible contemplar la individualidad de cada niño y niña.

Y ese año fue que se le diagnosticó la dislexia y la Maestra los primeros días de octubre le pregunté a la Maestra como iba y me dijo que pasaba con MB y cuando voy a fines de octubre fui a llevarle el diagnóstico pero por mi cuenta en realidad y me dijo que con el resultado de ese psicodiagnóstico no podía pasarlo a 5° porque en ese colegio llevan como una línea de “chico brillante”, como que llevan un nivel pedagógico y que no le alcanzaba para llegar a ese nivel en 5° por el tema de la dislexia. Entonces lo dejó repetidor en 4°. Moví cielo y tierra, hice denuncias, hice de todo, pero nada. Incluso se le hizo una prueba, él la pasó, la directora me dijo que ella lo pasaría pero no dependía de ella. Ese colegio fue una mala elección, donde no fui escuchada ni nada. (...) y ya había ido a otro colegio que con el resumen del pase del colegio anterior decía lo de la dislexia pero dejaba entrever una hiperactividad y me dijeron que no lo tomaban. (Entrevista a madre de niño de 14 años medicado en educación privada)

No sólo en el niño que tiene problemas, sino a veces en el grupo de compañeros que hace, porque influye mucho en la clase, porque como además las clases están superpobladas, entonces el problema se transforma en una cosa grave. (Entrevista a Maestra ECSCC)

Nosotros tenemos muchos niños que vienen de otras instituciones ya con diagnósticos que a veces ni siquiera son demasiado serios, donde están buscando un cambio de institución, porque le condicionan la permanencia del niño en tal o cual instituto a que le den determinada medicación, por ejemplo ritalina. Pueden haber muchas lecturas, a veces creo que se busca la solución más rápida, incluso del niño que no se concentra, que no está muy cómodo, o por ejemplo si está en un lugar donde la dinámica no es atractiva, está con cuarenta niños en un salón. Pueden ser muchas cosas, en la mayoría de los casos son otros factores que están incidiendo, más contextuales. (Entrevista a Directora colegio privado)

Así, sin mayores aspavientos, se procede a derivar, como se ha dicho, reivindicando el derecho de los otros. En el Uruguay de hoy día, esa derivación llega directamente a los médicos Pediatras que derivan a psiquiatras infantiles y/o Neuropediatra. En el ámbito público, éstos se hallan en las mismas condiciones que las Maestras (magros sueldos, interminables jornadas laborales, masificación y pocas posibilidades de atender la diversidad), en el ámbito privado se da también una correlación con las Maestras (la respuesta a una necesidad de productividad).

Lo que pasa es que no es disciplinarlos. La inquietud en las escuelas es multicausal: son clases de 30 o más gurises, las Maestras no tienen la capacidad de poder lidiar con ellos, generalmente de estos medios familiares muy problemáticos no van a ser 30 gurises que se sienten, atiendan, la Maestra se sienta estimulada por “qué lindo estos niños cómo preguntan”, sino que la Maestra está desbordada de tener que estar diciendo a cada rato “cállate” “quédate quieto”. La Maestra tiene problemas: gana poco, viene con problemas de su casa, a veces no tiene la formación para todo lo que en este momento del país se les exige, entre el Plan Ceibal, sexualidad, etc. Y uno dice qué bárbaro y les pregunta dónde se están formando y te dicen que son 3 o 4 cosas que les dieron y con eso tienen que hacer cumplir programas. Las Maestras están desbordadas porque, además, hay un nuevo programa. Entonces eso hace que los Maestros tengan menos tolerancia para aguantar a los chiquilines, las escuelas están desbordadas, veo como un desborde del sistema: a nivel de salud pública, de las instituciones educativas, los padres están desbordados porque tienen que salir a trabajar y con quien dejan a los chiquilines. Entonces, el peligro, es que empecemos a utilizar la medicación psiquiátrica que deberían estar siendo contenidas de otra manera. Ahora, ese discurso no es desde la Psiquiatría infantil. El discurso de la Psiquiatría infantil es que la medicación es necesaria, que hay que darle duro y parejo. La escuela nuestra de Psiquiatría, según mi percepción, bastante poco cuestionadora de estas cuestiones sociales y bastante a favor que los niños tienen trastornos

mentales y por tanto hay que medicar. Y por tanto, si el Maestro cobra poco y tiene poca paciencia y los padres tienen que salir a trabajar y quedan los gurises solos, bueno, no es un problema de la Psiquiatría, nosotros medicamos. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Tan gráfica y claramente dicho, y lamentablemente se termina, en la mayoría de las situaciones, medicando sin criterios claros y muchas veces en exceso, sin ver, escuchar y ponerse en contacto con el cuerpo que tienen frente, aunque no tenga más que cuatro, cinco o seis años de edad (o justamente por eso). Risperidona, Metilfenidato, Clonazepam, Valproato y Sertralina, son repartidos en las farmacias de los centros de salud como caramelos de distintos gustos, a una niñez que abre la boca sin posibilidades de quejas.

En general los trae la familia, pero quien los deriva muchas veces lo deriva el Pediatra o los Maestros, que son generalmente los que alertan la situación del niño de inquietud, de dificultad atencional, de no rendimiento. Y ahí se plantea la necesidad de la consulta. Habitualmente Maestros y Pediatras, y muchas veces el Pediatra motivado porque los padres les dicen que en la escuela le dijeron tal cosa. Entonces, el Pediatra orienta la consulta hacia la Psiquiatría o la Neuropediatría. Las características que motivan la consultas es un chico que no rinde porque no puede fijar la atención correctamente y que tiene además inquietud y que tiene siempre impulsividad aumentada, es un tipo que controla más los impulsos. Esas son las características fundamentales. En otro nivel, tiene problemas a nivel de las tareas ejecutivas, todas esas cosas que exige el aprendizaje, de las tareas de tipo ejecutivo, no están bien cumplidas por estos niños. Y la otra cosa que también aparece es la gran variabilidad del cuadro, que tiene el cuadro, que tiene momentos donde el chico rinde de un modo y en otros que rinde de otro. Es muy variable en ese sentido. (Entrevista a Psiquiatra Infantil del ámbito privado)

Principalmente vienen desde la escuela que no los aceptan más porque

distorsionan toda la clase, o los padres que no pueden más con el niño y no saben ponerles límites “denle un medicamento que no sé qué más hacer”. (Entrevista a Pediatra del ámbito privado)

Aquí, en estos barrios, son enviados por las Maestras, no son motivaciones de los padres, de pensar en consultar porque ve que el niño está triste, es motivado por la escuela. Vienen con carta de la Maestra, o porque está suspendido en la escuela por inquietud o mala conducta y no puede seguir en la escuela hasta que vea un psiquiatra. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

¿Qué sensibilidades se están elaborando en estas situaciones? ¿*Qué mecanismos de soportabilidad social* están atravesando este *cuerpo individuo* y bajo qué dispositivos de regulación? ¿Qué se debe sentir, percibir, y cómo actuarlo?: “Al agente social se le enseña y performa en la creencia que hay una sola forma de sentir que él tiene y tendrá un solo tipo de emociones y no va a poder sentir de otro modo. Las formas de disciplina y violencia epistémica se cruzan y reproducen desde las mismas nociones de invariabilidad y unicidad de lo social percibido.” (Luna y Scribano, 2007: 27)

Así, la producción y reproducción de la vida cotidiana, enmarcada en un proyecto (individual y colectivo), es signada por el disciplinamiento a través de la medicación con reguladores del carácter. Se naturaliza un dispositivo arbitrario para mantener un engranaje restrictivo y la eterna promesa emancipadora. Pero, ¿qué emancipación se promete a una niñez medicada? ¿Se puede prometer, o sólo se espera que no se subleve en un corto o mediano plazo? Si además de la medicación, se logra que se sienta en un *nosotros* de fantasía, creyendo disfrutar mediante el consumo de superfluos bienes materiales de un capitalismo corrosivo, pareciera que el dispositivo funciona, y a todo trapo. ¿El futuro? No, no importa, al menos hoy día. Posiblemente serán cuerpos que necesiten del consumo de psicofármacos, o drogas cada vez más fuertes, para seguir andando; ya difícilmente siendo. Quien sabe. Pero ese será tema para dentro de unos años.

Y así se van configurando las impresiones.

Dichas impresiones de objetos, fenómenos, procesos (y otros agentes) estructuran las percepciones que dichos agentes acumulan y reproducen. Una percepción, desde esta perspectiva, constituye un modo naturalizado de organizar el conjunto de impresiones que se dan en un agente. Ese entramado de impresiones configuran las sensaciones que los agentes se “hacen” de aquello que puede designarse como mundo interno y externo, mundo social, subjetivo y “natural”. Dicha configuración consiste en una tensión dialéctica entre impresión, percepción y resultado de éstas, que le da el “sentido” de excedente a las sensaciones. Es decir, que las ubica más acá y más allá de dicha dialéctica. La impotencia frente a lo dado como siempre ahí se estructura en el marco de la dialéctica aludida en tanto excedente efectual de las naturalizaciones del miedo y la mentira. (Luna y Scribano, 2007: 27)

Y en este contexto...

Las emociones se enraízan en los estados del sentir el mundo que permiten vehiculizar las percepciones asociadas a formas socialmente construidas de sensaciones. Los sentidos orgánicos y sociales permiten vehiculizar aquello que parece único e irrepetible como son las sensaciones individuales, y elaboran a la vez el “trabajo desapercibido” de la incorporación de lo social hecho emoción. Identificar, clasificar y volver crítico el juego entre sensaciones, percepción y emociones es vital para entender los dispositivos de regulación de las sensaciones que el capital dispone como uno de sus rasgos contemporáneos para la dominación social. (Scribano, 2007: 123)

No hay concreción más infalible que la de hacerle creer a este *cuerpo individuo* sujetado, que su accionar es improcedente, que necesita corrección, y que ésta llega a través de la medicación. Se naturaliza así, no sólo lo que se debe sentir, pensar y ser; sino que quien manipula los mecanismos de regulación de estas directrices son sujetos concretos, ambos de túnica

blanca: médicos y Maestros.

Procesos de subjetivación de la niñez medicada.

El tercer momento de esta lógica de análisis institucional desde Lourau está planteado desde la singularidad, a través de un *cuerpo subjetivo* (Scribano, 2008), el cual a los fines del presente trabajo se materializa en una niñez uruguaya contemporánea medicada abusivamente con psicofármacos.

Se está ante un cuerpo subjetivo etiquetado por la conducta; un cuerpo subjetivo que se autopercebe y es percibido en su diferencia, que produce y reproduce sus procesos identitarios⁵² a partir de la medicación con psicofármacos. ¿Qué mejor que cercenar cualquier posibilidad desde la niñez, cuando aún las sensaciones y expresiones están más expuestas hacia el afuera y, por ende, son más factibles de controlar desde el mundo adulto? Se produce un *cuerpo subjetivo* que en su singularidad termina respondiendo, por las buenas o por las malas, a las formas de sentir y expresarse según lo estipulado: “En el espacio de la sensibilidad (que anida en el paso de la subjetividad como centro de gravedad al agente como operador designante) se produce la reflexividad que constituye el eje por donde gira la “experiencia” del cuerpo subjetivo.” (Scribano, 2007: 123)

El *cuerpo subjetivo* que conforma el singular del presente trabajo resulta una proyección concretizada de hasta donde llegan las sociedades capitalistas para mantener el orden imperante y evitar conflictos, para continuar produciendo y reproduciendo sus lógicas hegemónicas. Se reconocen, pues, no sólo *mecanismos de soportabilidad social*, sino también *dispositivos de regulación de las sensaciones*, tal como se ha comenzado a esbozar en la primera parte de este punto.

Este *cuerpo subjetivo* atravesado por *mecanismos de soportabilidad social*, en su concreción más específica está siendo regulado en su conducta mediante psicofármacos. Se traduce en este cuerpo una práctica puntual para

52 Se vuelve a retomar esta categorización de los procesos identitarios, ya trabajada en el texto mencionado de “Los hijos de Rita Lina”, ya que se entiende configura uno de los aspectos medulares en la subjetividad de estos niños y niñas.

evitar algún conflicto social, más no sea a futuro, generándose lo que Luna y Scribano (2007: 25) plantean en tanto que *“la vida social “se hace” como un-siempre-así”*, como viniendo del *“olvido o distracción”*, naturalizándose las *“faltas de mediaciones que impiden la aparición del todo”*.

En lo que tiene que ver con la consulta en estos lugares de mucho sufrimiento, de mucha miseria, el uso de la medicación muchas veces es para poder sostener una conducta en el niño que no puede ser sostenida desde el punto de vista afectivo por sus padres, porque sus padres no tienen la posibilidad ni la capacidad de sostener. Niños que en otro ámbito familiar tienen posibilidades de afectos y límites claros y de una organización de la vida, no sería necesaria la medicación. Pero si tu tenés una mamá que tiene retardo mental y tiene 8 hijos, ese hijo que ella te trae no va a poder ser sostenido, no va a haber un no claro, no va a haber una organización de la vida, porque todo es una desorganización, no sólo material y afectivamente, sino también cognitivamente. Hay mucho retardo mental acá, entonces se le da una medicación que al chiquilín lo sedo y lo organice un poco porque no hay más remedio, porque no podés contar con los padres. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Así, “el mundo social deviene un “así-y-no-de-otra-manera” que oculta mostrando y muestra ocultando”. (Luna y Scribano, 2007: 26) Y en todo caso, las responsabilidades se singularizan en cada sujeto concreto, por lo que cada niño o niña medicado/a lo está por alguna razón que hace pertinente tal decisión. Al menos ese es el discurso, ¿y cómo dudar de éste? Si todo está pensado para que cualquier alteración en la producción y reproducción de la cotidianidad de la normalidad moderna no sufra ningún traspie.

A mi me dieron la medicación porque siento nervios... bueno, ellos dicen. (Entrevista a niño de 7 años medicado ECSCC)

Porque precisaba de esos medicamentos para seguir. (Entrevista a madre de niño de 8 años medicado ECSCC)

Son los niños que les cuesta centrar su atención por un período que les permita lo que atiende un niño normal. (Entrevista a Directora Centro de Salud MSP)

- Tomo todas igual que mi hermano, una blanca chiquita, una blanca grande y una color piel, pero mi hermano toma la mitad de la cantidad que yo. – ¿Por qué te parece que tomas esa medicación? – Porque las Maestras dicen que me porto mal. Pero, por ejemplo, un día estábamos en plástica y a mí me encanta dibujar y yo hice un perro y un amigo que dibuja mejor que yo dibujó otro, y para los demás el de él le quedó mucho mejor y entonces yo le dije “a la salida te voy a cagar a palos”. – ¿Por qué le dijiste eso? – Para que sepan que yo en algo le gano. (Entrevista a niño de 9 años medicado ECSCC)

- ¿Con quién vivís? - Con mi hermano, mi mamá, mi tía, mis primas y los hijos de mis primas. – Tenés más hermanos? – Sí, somos 7. – ¿Tu papá? - Se murió. (se queda mudo) – ¿Hace mucho tiempo? – Este año cuando empezaron las clases – ¿Cómo te sentís? – Con mucha rabia, quiero matar a todos esos de ahí que no me dijeron que mi padre estaba cerca. – ¿Lo veías seguido? – Sí, pero tenía epilepsia. – ¿Y esa rabia cómo la sacas? – Nada, estoy con mucha rabia, me peleo con mi hermano, en la escuela y ta. – ¿Sentís que la medicación te ayuda con la rabia? – No, me da sueño y yo me tengo que defender. (Entrevista a niño de 8 años medicado ECSCC)

Bronca, rabia, resentimiento, son sólo algunas de las sensaciones que larvadamente van interiorizando, profundizando y padeciendo muchos de los niños y niñas que no saben o no pueden exteriorizar las interiorizaciones más no sea a través de la “violencia” física, verbal o simbólica.

La bronca es rabia sistemáticamente expresada en la contingencia de una acción que implosiona o mina la aceptabilidad de un cuerpo perdedor. El resentimiento es la estructuración de un cuerpo que se resquebraja, cuartea y decolora la acción de resistir pasando al vaivén de la venganza. La des-atención es la aceptación de una mirada que temporoespacialmente se desancla de su cuerpo y las tribulaciones a él asociable. El tríptico bronca, resentimiento y des-atención tapiza las paredes de la habitabilidad del mundo del no, de la incapacidad de transformar, de la sentencia a vivir en geometrías de los cuerpos y gramáticas de las acciones como mero objeto de la expropiación de energías y colores. (Scribano, 2007: 140)

No conforme con transversalizar este *cuerpo subjetivo* por *mecanismos de soportabilidad social*, se introducen *dispositivos de regulación de las sensaciones*, que “consisten en procesos de selección, clasificación y elaboración de las percepciones socialmente determinadas y distribuidas” (Luna y Scribano, 2007: 26). Ya no alcanza con que el deber ser impere sobre el ser, que la diversidad quede relegada a lo más mísero. Resulta inmanente la aprehensión de las subjetividades, también, a través de lo socialmente estipulado; por lo que la funcionalidad del dispositivo se materializa en cada subjetividad, en cada proceso identitario devenido por cada una de los sujetos: “Por esta vía, lo que se sabe (del mundo social) se inscribe en un juego del velar y de-velar. Lo que es “experienciado” como inmodificable (en tanto aquello que aparece y parece oculto) se transforma en un proceso, en un movimiento permanente de estados de incapacidad obviamente aceptados y aceptables.” (Luna y Scribano, 2007: 28)

Así se halla un *cuerpo subjetivo* que singulariza más aún las concreciones del *cuerpo individuo* particularizado; que habilita a analizarlo en la universalidad del *cuerpo social*, en su ontología. Es la singularización de la existencia de una acción concreta sobre sujetos individualizables, con procesos de objetivación en la producción y reproducción de su vida cotidiana. En esta dialéctica de *cuerpo social*, *cuerpo individuo* y *cuerpo subjetivo*, es donde Scribano reconoce lo que denomina, tal como se ha visto, como *dolor social*.

El sufrimiento resquebraja la articulación de los modos sociales de vivir(se) y con-vivir asegurando la distancia (corporal y sensible) con la acción disruptiva. El dolor social es esa interactividad y regularización de tribulaciones, desventajas y depreciaciones. El dolor social es un sufrimiento que resquebraja ese centro gravitacional que es la subjetividad y hace cuerpo esa distancia entre el *cuerpo social* y el cuerpo individuo. En esta sensibilidad que se construye, hay un sufrimiento que se produce como desanclaje y desconexión entre el *cuerpo social*, el cuerpo individuo y el *cuerpo subjetivo*. (Scribano, 2007: 124)

Ese dolor social, que pareciera atravesar el cuerpo social en su genericidad, plasma cada una de las singularidades que componen cada cuerpo subjetivo, mediado por procesos de medicalización en una niñez que viene siendo abatida diestramente. En la dialéctica de concreción y abstracción, de lo particular y lo genérico, se va meciendo ese vaivén que entreteje las relaciones humanas. El cuerpo subjetivo, esta niñez medicada, configurada en el alter, es signada en su concreción a través del ego: en principio, médicos y Maestros en tanto singularidades que ejecutan este mecanismo de disciplinamiento, y más ampliamente en la sociedad en su conjunto.

Por el problema, porque no se quedan quietos, que no pueden estar sentados. Por eso te digo, el que tiene más problemas es el de 8 años, que no sabe leer ni nada. Y yo les doy a los tres la risperidona, porque la psiquiatra me la manda y las Maestras me lo exigen. Porque si yo no se las doy me los sacan de la escuela, y yo no puedo que me los saquen de la escuelas. Porque, ¿cómo van a aprender si no los chiquilines? Si ven que yo no se las doy, enseguida me llaman por teléfono y me la exigen; llaman a la casa de mi madre porque yo no tengo teléfono, y a veces me he olvidado y enseguida me están llamando las Maestras preguntándome si yo se las di. (Entrevista a madre de niños de 8, 9 y 10 años medicados)

Un dolor social que, a decir de Scribano (2007), ha de reconocerse a través de la manifestación de sus procesos, a saber: *la lógica de configuración social de la identidad, la lógica de la compasión y la lógica de la desafección*.

La *configuración social de la identidad* está dada no sólo por el cómo el *cuerpo subjetivo* se percibe en su concreción singular, sino, también, en cómo es percibido por el *cuerpo social*. Así se plasma lo que este autor plantea como la “radical estructuración de la historia individual y colectiva que absorbe la energía social inscripta en el cuerpo”. (Scribano, 2007: 125), “En el marco de la colonización del espacio interior devenido territorio mapeado por conocimientos apegados a recomendaciones del buen parecer, la identidad se vuelve consejo de especialistas.” (Scribano, 2002: 51)

Este *cuerpo subjetivo* va conformando sus procesos identitarios a partir de ser ubicados en una alteridad excluyente por expresarse desde su ser de una forma que no entra dentro de los parámetros “normales”. Una alteridad visualizada como negativa por un *nosotros* normalizador de conductas, acciones, y formas de expresión, sensación y percepción. Una alteridad signada por el *dolor social*, y que por ser productor y producto de su propia historia y la colectiva, refleja la singularización de un *cuerpo subjetivo* constreñido y resquebrajado en un *cuerpo social* que no puede evitar sentirlo. Entonces, el *dolor social* se conforma no sólo por el *cuerpo subjetivo* traspolado al *cuerpo social* en su abstracción, sino también por aquéllas otras subjetividades que ejecutan los disciplinamientos, directa o indirectamente. Así, alter (los *otros*) y ego (*nosotros*) aparecen como figuras del imaginario que se pueden contemplar en su hibridación en un *cuerpo social* atravesado por el *dolor social*.

...viene el padre un día y me dice: “le tenés que hacer tomar la ritalina”, a lo cual le digo: “primero, yo no soy médico, segundo no me ocupo de la medicación, y tercero, voy a trabajar con él”. Yo lo que empecé a observar es que él tenía una gran inseguridad, yo no sabía si necesitaba ritalina, ni si era hiperquinético tampoco. Pero sí una gran inseguridad, como falta de contención, como una cosa que venía de otro lado. (Entrevista a Docente de Apoyo del ámbito privado)

De repente es como todo, porque tanto le dicen “vos sos loco” “vos sos locos” que a la larga se lo termina creyendo. Porque si de chico te dicen eso, al final el pobre se la cree, y actúa como loco, pero no es así. El problema es trabajar con la familia, reestructurar la educación, algo hay que hacer. (Entrevista a Directora ECSCC)

Me doy cuenta que no sirve para nada porque me duermo y me tiro en unas colchonetas que me pone la Maestra ahí en la clase. (Entrevista a niño de 7 años medicado ECSCC)

Aparece un *dolor social* como desplazamiento de la identidad posible, con la restricción de la mirada atenta del otro. (Scribano, 2007) La naturalización de esta mirada, que pareciera ser tal, es interiorizada con indignación, desvalorización, conflicto, frustración, generando exteriorizaciones que se manifiestan en dichos y hechos.

- ¿Por qué le pegas a tus compañeros de clase? – Para que crean que soy malo y así me tengan miedo y nunca me hagan nada. - Y si en lugar de pelear con todos en la escuela como me decís que estás haciendo para que te tengan miedo, vas y hablas con la Maestra, ¿no te parece que sería mejor? – Sí, puede ser, pero así dejarían de tenerme miedo. – ¿Y para qué te sirve que te tengan miedo? – Para que no me molesten. (Entrevista a niño de 9 años medicado ECSCC)

Este resquebrajamiento entre cuerpo social, cuerpo individuo y cuerpo subjetivo es cotidiano, se produce “todos-los-días”: “Está asociado al “cómo me veo” y al “cómo la sociedad me ve”, es decir, cómo me conozco y me conocen, cómo recuerdo y me inscribo en el recuerdo social de los acontecimientos”. (Scribano, 2007: 133) La naturalización como olvido “*hace carne el sufrimiento*”, en tanto es el desconocimiento sistemático del colectivo de esa singularidad, salvo cuando la materialización del dolor y resquebrajamiento se condensa en exabruptos conductuales. Y ahí se vuel-

ve a culpar al sujeto concreto, niños y niñas con “conductas desajustadas”, olvidando que colectivamente se ha sido y se sigue siendo responsable de tal interiorización en la niñez que no encuentra formas más viscerales que exteriorizar el dolor.

Quedo bien tranquilo. Yo siento. (Entrevista a niño de 11 años medicado ECSCC)

Me movía todo el tiempo antes, en 2º me pasaba. Ahora hago caso, cambio la energía que tengo. Mis compañeros son muy tranquilos ahora conmigo, en 1º tenía más problemas. Pero ellos no saben que tomo pastillas, sólo el Maestro sabe porque mi madre le dijo. Dos Maestros ya voy teniendo por ahora, cuando estaba en 2º y ahora, es mejor tener Maestros que Maestras, son más buenos. (Entrevista a niña de 9 años medicada ECSCC)

A) Sí, la Maestra me dice que me estoy portando bien. R) Mi Maestra que me porte bien. – Y si un día van sin tomar las pastillas, ¿qué les dice? R) Si nos portamos mal nos dice “te portaste recontramano”. A) A mí la Maestra me lleva al lado de la pared. R) A él lo puso contra un mueble grande. A) Yo, cuando tomo la pastilla, juego con mis amigos, con todos; y cuando no la tomo, juego sólo con uno, porque algunos son malos cuando no la tomo, me miran y me hacen poner rojo y yo me enojo. - ¿Los fines de semana también toman la medicación? A) No. R) Domingo sí porque al otro día vamos a la escuela. – ¿Y el sábado cómo se portan? R) Yo reviento a todos mis hermanos, y nos portamos todos borrachos. (Entrevista a dos hermanos de 8 y 10 años medicados ECSCC)

Me da dolor de cabeza. - Los sábados que no la tomas, cómo se sientes? – Bien, pero me peleo con mis hermanos. (Niña de 11 años medicada ECSCC)

Cuando él toma la medicación está más tranquilo, como que lo logro

controlar, pero sin la medicación no. (Entrevista a madre de niño medicado de 9 años ECSCC)

Ah sí, sin la medicación es incontrolable. Lo controlo bastante medicado, pero ya te digo, se me está haciendo difícil. Al principio queda más aplacado, le aplaca los nervios, pero puede hacer actividades. Incluso yo lo paso incentivando para que dibuje y pinte porque le gusta muchísimo. (Entrevista a madre de niño de 6 años medicado ECSCC)

El *dolor social* aparece como violencia epistémica y simbólica. Tal como plantea Scribano:

... cruzada por lo cognitivo y la sensibilidad, dice cómo es el mundo y prepara a los sujetos para aceptarlo. En sus efectos sobre los cuerpos y sensibilidades, el dolor social se presenta como la acción sintomática de cartografías del des-ánimo y la des-estructuración. El dolor anestesia y también es el reverso cómplice y necesario de la mercantilización del mundo donde los cuerpos pierden sus energías y cromaticidades. (Scribano, 2007: 140)

La *lógica de la compasión* se genera por un desplazamiento, en tanto se visualiza en el otro la imposibilidad de generar espacios de autonomía que reflectan los “no logros” de las subjetividades que los miran. Así, “el dolor social produce el desplazamiento de la preocupación por y de mi subjetividad hacia otro”. (Scribano, 2007: 125)

El *cuerpo subjetivo* medicado en la niñez genera no sólo dolor social en su abstracción, sino que en relación a la conformación de los procesos identitarios, alienan su ser en la alteridad por la diferencia; mientras quienes las exacerbaban como tales por no responder a los parámetros actitudinales de la normalidad van construyendo sus subjetividades en el desplazamiento de la compasión y en la gratificación de ser parte del ego. En esa dialéctica de dolor – alivio, se generan otro tipo de subjetividades que también van conformando procesos identitarios que transversalizan tanto al *cuerpo sub-*

jetivo, como al *cuerpo social* y al *cuerpo individuo*.

Nada, que me voy a portar bien en la escuela. Porque cuando la tomo es para portarme bien en la escuela, no para portarme mal, no? De vez en cuando me dan sueño, pero yo no me duermo, trato de evitar el sueño. (Entrevista a niño de 12 años medicado ECSCC)

Pa'eso tomo las pastillas, pa'no hablar, pa'que no moleste en clase, pa'que no hable con otros compañeros mientras la Maestra está hablando en clase, pa'que no me pare cuando está la Maestra hablando. (Entrevista a niña de 10 años medicada ECSCC)

La Maestra la nota cuando está sin medicación, en casa para mi es un niño normal. El toma 1 y media ritalina y 1 rispa la toma en el desayuno, es para la escuela y tiene que tomar media rispa en casa, pero no se la doy, si la toma en casa se me duerme. (Entrevista a madre niño de 12 años medicado ECSCC)

Los resultados, lo que esperan del psicofármaco es que los tranquilicen, que no sean tan agresivos con sus compañeros, porque después vienen las quejas, que estén tranquilos y puedan hacer algo, tranquilos por los compañeros y en relación a su aprendizaje. Porque no tienen problemas de aprendizaje, es la intranquilidad de ellos que no les permite aprender. Cuando ellos están tranquilos es cuando están medicados, hacen las cosas, no hacen problemas, se integran a sus compañeros, no son niños aislados. (Entrevista a Directora ECSCC)

Cambios buenos para mí ninguno, al contrario, él está como más lerdo, más lento, como que le costaban las cosas, se olvidaba de episodios cortitos. Por ejemplo tomaba la leche y dormido así como estaba me volvía a pedir la leche. Y ahí me llamó la atención. (...) Y bueno, lo seguí medicando y al final a las dos semanas pude hablar con la Psiquiatra y me dijo que le bajara a la mitad la dosis. Éste ha sido un año de frustración,

un año de lucha, un año de todo. (Entrevista a madre de niño de 14 años medicado de colegio privado)

A lo largo de estos fragmentos de entrevistas a diversos actores, se puede dar cuenta, en cierta manera, cómo la *lógica de la desafección* está dada por el proceso generado del dolor social, en tanto:

La repetición indefinida de un complejo de sensaciones de malestar provenientes de la existencia constante de condiciones sociales que generan impresiones de sufrimiento producen, finalmente, des-afección. Es decir, un estado de “naturalización” de las fuentes de dolor que aumenta y hace cotidianos los volúmenes y estructura de unos sufrimientos determinados. La des-afección implica el aumento de la tolerancia al malestar. Produce un “estado de aguante” de la fuente de dolor, (...) elaborando un contexto perceptual de aceptación del dolor. (Scribano, 2007: 125)

En este proceso dialéctico del alter y el ego pareciera ya que la desafección es lo que los convierte a los dos en iguales. El alter naturaliza ser medicado, y el dolor que esto le genera en la sujeción de su ser; el ego naturaliza la medicación, aumentando su dolencia al malestar. El *cuerpo subjetivo* se vivencia, produce y reproduce en esta dialéctica, donde el dolor transversaliza la cotidianidad, y es naturalizado en su desafección.

Así se va generando la desarticulación entre *cuerpo subjetivo*, *cuerpo individuo* y *cuerpo social*: “La exposición sostenida al dolor inicia una espiral entre parálisis, reproducción y olvido. El dolor social anestesia”. (Scribano, 2007: 125) Entonces, se naturalizan las restricciones, las carencias, la sumisión del ser por el deber ser, conformándose un “cuerpo secuestrado en su propia materialidad de individuo”. (Luna y Scribano, 2007: 31) Los procesos identitarios en estas subjetividades quedan remitidos a una alteridad conformada por la diferencia, por la estigmatización de sus corporalidades medicadas con reguladores del carácter. Resulta, así, una identidad transversalizada por la exclusión, etiquetada por la conducta. De esta manera:

“En el miedo al ser como son, los sujetos performan el acto inaugural de la dominación intentando “escapar” de la no verdad de la mentira en tanto lo real horroroso de lo que son: sujetos de dominación.” (Luna y Scribano, 2007: 31)

No hay manera de sortear el obstáculo de ser etiquetado por la conducta cuando todos los dispositivos están específicamente apuntando a regular esta situación.

Aparte, el guri ya quedaba estigmatizado: “el loquito” “el de las gotas” “el que si no tomó las gotas lo mandamos para la casa”, eso es totalmente arbitrario, la Maestra no tiene derecho a que porque no haya tomado la medicación a devolverlo o prohibirle la entrada a la escuela. Eso es algo que en estos sectores más pobres, por lo general el papá se asusta y le enchufaba el remedio como la directora les decía. Esos mismos niños, sin tomar la medicación, funcionaban muy bien en una ONG a la que iban de tarde, en otro espacio, otro tipo de contención, capaz que con la misma cantidad de chiquilines, pero con otras actividades, con otro tipo de diálogo, de encuentro con el educador con el que estaban. Y no faltaban, y no tenían problemas con los compañeros, participaban de las salidas recreativas, porque en la escuela se les terminaban prohibiendo porque se portaban mal. “Molesta” “Es agresivo” “Me miró mal”, y una vez que caía en esa bolsa el guri de ahí no salía. (Entrevista a Técnica MECAEP)

Entonces, ¿cómo objetivarse en los procesos identitarios trascendiendo las “necesidades” de ese “ego normalizador”? Este *cuerpo subjetivo*, que construye su identidad en la alteridad, lo hace al igual que el ego, a partir de lo que Sartre denomina como la “*auténtica dialéctica de lo subjetivo y de lo objetivo*”, en tanto proceso de interiorización de lo externo y exteriorización de lo interno.

En este sentido, cuando se preguntaba a los niños y niñas sobre qué les gustaría hacer de más grandes, generalmente apuntaban a proyectos claros, donde la educación era parte constitutiva de los mismos. Sin embargo, esta

misma pregunta realizada a los diversos actores entrevistados de dos de las tres instituciones basales (salud y educación) sobre esta población encontraba una respuesta tan restrictiva al futuro como al presente.

- ¿Qué te gustaría hacer cuando seas grande? – Me gusta mucho el arte, dibujar. Y sé que tengo que estudiar para eso, por eso me gusta ir a la escuela, para aprender. - ¿Te gusta mucho dibujar? – Sí, mucho, pero dibujo muy fuerte y a veces rompo las hojas porque me salen las cosas mal. (Entrevista a niño de 9 años medicado ECSCC)

Muchas de las veces parten del presupuesto que estos niños de “pobrecito qué vamos a hacer” se sumaba el “igual no va a llegar”. Hay una asociación fuerte entre este comportamiento que tiene y la posibilidad de cambio y de proyección a futuro. La única posibilidad de cambio sería tranquilizarlo un poco, no por el lado del aprendizaje. Al medicarlo, después la evaluación dice que con la medicación los chiquilines están más tranquilos en la clase, pero es un comportamiento más pasivo no se sabe nada del aprendizaje. (Entrevista a Técnica de MECAEP)

Como plantea Sartre, las relaciones interpersonales dependen de otras relaciones singulares que habiliten al encuentro de una sujeción objetiva en las relaciones concretas, siendo llevada ésta no por “la presencia de los otros, sino [por lo que implicaría] su ausencia”. (Sartre 2000: 68) El sujeto es en relación con los otros, y en esa dialéctica va delimitando su identidad. En estas sociedades capitalistas, el *cuerpo subjetivo* en cuestión va construyendo su identidad en un proceso de resquebrajamiento del ser, tornándose maleable ante el ego personificado en el mundo adulto, más concretamente en aquellos representantes palpables de las instituciones del disciplinamiento: el Maestro y el médico.

El mundo interno, el mundo de quién soy y qué puedo ser, se ve atravesado por un sinnúmero de conocimientos que se posicionan y poseionan, en principio, del umbral de entrada a la identidad: nuestro cuerpo.

Un millar de recetas para parecernos a nosotros mismos de acuerdo a otro, para acercarnos a la figura que más se asemeja a lo que queremos parecer siendo igual a otro. La constitución social del cuerpo es, en alguna medida, punto de partida y de llegada para la exteriorización de una identidad sumergida en nuestro dato material primordial, nuestro cuerpo. Libros, artículos y revistas completas nos dicen cómo ser cada vez más parecidos a nosotros sin reconocernos. Un conocimiento que penetra físicamente nuestro modo de ser. El régimen se vuelve decálogo y estilo de vida que muestra en qué posición y condición se debe vivir nuestro cuerpo. (Scribano, 2002: 51)

Así, la confluencia devenida del *cuerpo social*, del *cuerpo individuo* y del *cuerpo subjetivo* se configura en ese proceso de interiorización de lo externo y exteriorización de lo interno, quedando expuestos complejos mecanismos que subyugan identidades en sus primeros años de vida. Su ser etiquetado por la conducta es transfigurado mediante un deber ser que responde a una homogeneidad exigida. Esos cuerpos subjetivos que inicialmente cobraban significado por la exaltación de sus acciones, percepciones y sensaciones, quedan sujetos en su docilidad, constreñidos en su ser, transmutados en su deber ser.

CAPÍTULO II

Disciplinamiento en la modernidad.

*Somos todos iguales antes la ley. ¿Ante qué ley? ¿Ante la ley divina?
Ante la ley terrena, la igualdad se desigualata todo el tiempo y en todas
partes, porque el poder tiene la costumbre de sentarse encima
de uno de los platillos de la balanza de la justicia.
(Galeano, 1998: 207)*

Tal como se ha planteado en la Introducción, en este segundo capítulo se continua el eje que transversaliza el cuerpo del trabajo, como lo es el disciplinamiento, y de ahí se entrecruzan diversos aspectos que conforman su “razón de ser” en la lógica de la modernidad, tanto en el plano del pensamiento como en el plano de la acción. Se intenta llevar adelante un proceso analítico reflexivo a partir del cuestionamiento de la razón moderna, principalmente en su razón instrumental como dispositivo de disciplinamiento, para ir desmenuzando algunas de las cuestiones que han ido surgiendo en el primer capítulo y que en este segundo capítulo se intentan profundizar.

La lógica de exposición que se hace a lo largo de todo el capítulo remite a una especie de “juego” entre formas y contenidos en sus diversas concreciones de las determinaciones y mediaciones que aquí se analizan. Se toma como punto de base que manteniéndose los mismos contenidos las formas van metamorfoseándose según la época, el territorio, pero fundamentalmente a través de las sensibilidades, percepciones y acciones de los seres individuales y genéricos.

II.1) La modernidad en sus nuevas manifestaciones. De formas y contenidos.

El hombre posee la capacidad de construir lenguajes en los cuales todo sentido puede ser expresado sin tener una idea de cómo y qué significa cada palabra. (...). El lenguaje disfraza el pensamiento. Y de tal modo, que por la forma externa del vestido no es posible concluir acerca de la forma del pensamiento disfrazado; porque la forma externa del vestido está construida con un fin completamente distinto que el de permitir reconocer la forma del cuerpo.
(Wittgenstein, 1979: 69)

¿Crisis de la Razón Moderna?

Bajo este título se intentan retomar algunas de las discusiones actuales sobre modernidad y posmodernidad en el plano de la razón, fundamentalmente, a través de conceptos como razón instrumental y emancipación, los que se entiende permiten re-ubicar la discusión desde una razón moderna que se entiende metamorfoseada en sus formas, pero que en sus contenidos continua legitimando y siendo legitimada. Tal posmodernidad no encuentra asidero en tanto se mantienen las lógicas imperantes de la modernidad: ⁵³formas y contenidos vuelven a jugarse en este capítulo, sosteniendo que lo que han cambiado han sido las formas de las manifestaciones de la modernidad, no así sus contenidos, por lo que considerarla superada dista de lo que se plantea a continuación.

Tal como plantea Heller trescientos años de modernidad no significan tantos lustros si se los contextualiza en los baremos de la historia genérica. Por ende, aún se halla en períodos de “pruebas y errores (graves)”: “El tema a considerar no será ya la defunción de una cultura senil, sino la capacidad (incapacidad) de supervivencia de unos proyectos sociales y políticos recién estrenados”, o como diría Hegel, todavía es una abstracción en su

53 Se comparte con Heller cuando plantea que “la pregunta “¿Puede sobrevivir la modernidad?” es una pregunta posmoderna pero no se formula sobre la posmodernidad, porque tal “época”, al menos en mi mente, no existe, ni tampoco hay señales de que vaya a existir”. (1991: 11)

primera fase del proceso de concretización. (Heller 1991: 10)

Lo que se pretende fundamentar en este punto es que la Modernidad como proceso civilizatorio de la humanidad se halla en pleno auge, tanto en el plano del pensamiento como en el del ser en sus procesos de producción y reproducción. Esto es, en sus contenidos. Lo que ha ido metamorfoseándose sería en sus formas, en lo que implicarían “nuevas manifestaciones”.

¿Cómo se conciben forma y contenido reflexivamente de modo que habiliten la discusión que se presenta en el proceso analítico del objeto? En primera instancia, resulta dable especificar lo que por “forma” y “contenido” se entiende en la presente investigación. Hegel vuelve a ser retomado para tal mediación, en tanto los conceptualiza como pares dialécticos y, en la lógica de este trabajo, se los enmarca en la trascendencia de la dicotomización como antinomias. Interesante hermoso

De esta manera, *forma* remite en su más concreta significación a la razón como conocimiento, siendo el *contenido* la razón como esencia sustancial de la realidad. (Hegel 1968) Desde esta lógica la relación sujeto-objeto, tal como plantea Osorio (1997) y se concuerda, convierte al sujeto real en sujeto pensante y al objeto real en objeto pensado, quedando remitido el método dialéctico a la forma entre el sujeto pensante y el objeto pensado, entre el pensamiento y su ser (concepto) que acaba en la *idea absoluta*:

...por sí, ésta (la idea absoluta) se ha mostrado de la manera siguiente: que su determinación no tiene la figura de un contenido, sino que está en absoluto como forma, y que de acuerdo con eso la idea está como la idea absolutamente universal. Por lo tanto, lo que hay que considerar todavía aquí, no es un contenido como tal, sino lo universal de la forma del contenido, es decir, el método. (HEGEL *apud* OSORIO, 1997: 23)

Para Hegel no se trata del contenido, sino de la forma que el contenido toma. Su determinación no tiene la figura de un contenido, sino que está en absoluto como forma. Así, la forma determina el contenido. Tal como se ha planteado precedentemente, al referirse a *aufheben* (superación) la forma conserva la sustancia conservando su mismo contenido. En esta ló-

gica no puede el devenir del concepto someterse a un patrón formal externo, sino que, siendo él su propia forma, es forma de la forma, forma sin ningún contenido ajeno. (PEÑA, 1987; OSORIO, 1997)

Con las revueltas de la Europa de mediados del Siglo XVIII, menos de un siglo después de la Revolución de 1789 en Francia, ocurre una crisis socio-cultural en la que ya se pone en tela de juicio el proyecto revolucionario de la burguesía. Así como el orden burgués clásico permitió el desarrollo de la socialidad, de las condiciones políticas y culturales para el desarrollo de la teoría social, ésta misma le pone obstáculos para su “evaluación” y aceptación.

Un nuevo tipo de conciencia histórica, tanto refleja como universal, apareció durante la lustración y se ha convertido en dominante desde la Revolución Francesa. Los hombres y mujeres de Occidente se embarcaron en una comprensión de su época en términos de su calidad como producto de la progresión histórica del mundo, en la que cada etapa contenía sus propias posibilidades y limitaciones, así como su invalidación por parte de una etapa nueva. (Heller, 1991: 19)

Pero devénguese este proceso de constitución de la sociedad burguesa desde sus orígenes. El primer punto a tomar en cuenta resulta la diferenciación entre Iluminismo e Ilustración, siendo el primero un proyecto civilizacional a largo plazo, transhistórico, que media la realización de los individuos a partir de la autonomización por el conocimiento; mientras el segundo remite a un punto de inflexión en este largo proceso, ocurrido desde fines del Siglo XVIII con enormes repercusiones en lo económico, político, social y cultural.

Las ideas de los grandes filósofos griegos llegan a Europa Occidental en el período feudal y allí se estancan, en tanto contradecían la cultura teocéntrica que hegemonizó entre los Siglos III y XV dicha parte del mundo. Con el Renacimiento, el cristianismo se conforma en una visión de Estado (Reforma Luterana) y los griegos comienzan a ser recuperados. Se inicia en este Siglo XV un *arco histórico* que termina en el Siglo XVIII con

la Ilustración, época en la cual se construye colectivamente una imagen de proyecto de individuo que ve en la emancipación la realización humana y en el conocimiento racional el medio para alcanzarla. Sin embargo, ya en el Siglo XIX, las proyecciones ilustradas se vuelven cada vez más ilusorias, produciéndose entre 1846-1847 la primera crisis económica que abarca toda Europa. Con la Revolución de París de febrero de 1848 se abren 18 meses de la más europea de todas las revoluciones. Por primera vez en la historia, los antagonismos entre burgueses y proletarios surgen a la superficie ante el incumplimiento de las promesas de la Revolución de 1789.

¿Cuál fue la promesa incumplida? Justamente lo que llevaba la “ideología” burguesa en la Ilustración como bandera en sus postulados, a saber:

- *Racionalidad Instrumental*: Racionalización de la explotación de la naturaleza en su efectividad y procesualidad; esto es, la explotación al máximo de la naturaleza para garantizar la supresión de la carencia material, siendo ésta objeto de manipulación.

- *Racionalidad emancipatoria*: Racionalización de las relaciones sociales para lograr la emancipación humana, como forma de superar el “destino” del nacimiento y viabilizar la movilidad social por el propio desarrollo individual, siendo la asociación entre los individuos sin constricciones ni limitaciones y fundada en el conocimiento de la sociedad humana.

Esta es la promesa incumplida: sujetar la naturaleza por la racionalidad humana para suprimir las carencias materiales y lograr la emancipación.

Tal como se ha visto en el primer capítulo, la racionalidad se torna así objeto y sujeto en el análisis. Desde la Grecia Antigua el fenómeno de la naturaleza se inscribe en la lógica de las relaciones de causalidad; pero es con los ideólogos burgueses que se reorientan estos postulados en relación a la sociedad, como el más alto humanismo ilustrado.⁵⁴ ¿Qué posibilitaba estas ideas? Desde el Siglo XVIII los individuos pueden aprehender la vida en términos de procesualidad, los cambios se tornan perceptibles y en dos dimensiones: naturaleza y relaciones humanas. Con la asunción del Estado burgués ampliado luego de 1848, esta razón ilustrada (instrumental y

⁵⁴ “Hasta el más limitado de los hombres puede desarrollarse ilimitadamente” (Goethe, 1749-1832)

emancipadora) recoge y redimensiona la instrumentalidad en tanto no es posible concebir la sociedad compleja sin instrumentos manipulatorios. El capital sólo puede moverse a través de la manipulación, bajo el capital no se producen bienes sino mercancías; así, el capital trae manipulación a nivel social.

¿Cómo se relacionan Modernidad y Proyecto Ilustrado? Las ideas básicas del Iluminismo como proyecto transhistórico se concretizan en el Siglo XVIII con la Ilustración, período de ascensión de la burguesía. La Modernidad resulta la programática socio-cultural de la Ilustración, que surge en el Siglo XIX en el ámbito de la estética, literaria y pictórica.

Una de las tareas de la Ilustración consistió en multiplicar los poderes políticos de la razón. Los hombres del siglo XIX sin embargo se preguntaron desde muy pronto si la razón no estaba a punto de adquirir demasiado poder en nuestras sociedades. Fue así como comenzaron a inquietarse por la relación que confusamente adivinan entre una sociedad proclive a la racionalización y determinadas amenazas que recaían sobre el individuo y sus libertades, sobre la especie y su supervivencia. Dicho en otros términos: desde Kant el papel de la filosofía ha consistido en impedir que la razón superase los límites de lo que viene dado por la experiencia; pero desde esta época -es decir, con el desarrollo de los Estados modernos y la organización política de la sociedad- el papel de la filosofía ha consistido también en vigilar los abusos de poder de la racionalidad política -lo que le proporciona una esperanza de vida bastante prometedora-. (Foucault, 1992b: 116)

Resulta necesario poder delimitar claramente qué implican los conceptos de modernización, modernismo y modernidad en tanto, simulando las formas parecieran conjugar los mismos contenidos, cuestión que no es tal, a saber:

- Modernización: remite a la discusión introducida por Weber (1864-1920) en relación a la racionalización de las actividades económicas (racionalización empresarial como punto de partida del mundo moderno) y des-

acralización del mundo natural y social (el mundo como espacio reducible para modernización social y desarrollo capitalista).

- Modernismo: remite a una mezcla de diversas estéticas diferenciadas, son las vanguardias artísticas que abarcan desde la última década del Siglo XIX hasta la segunda del Siglo XX (“Belle Epoque”).

- Modernidad: remite a lo planteado sobre la racionalización de la explotación de la naturaleza e interacción social. Es donde coinciden las “promesas de la Ilustración” con las “promesas de la Modernidad”.

En esta última conceptualización es donde los autores posmodernos (Siglos XX y XXI) incluyen sus reivindicaciones: se han hecho promesas, ¿pero que ha sido de ellas? Lo tangible son los desastres ecológicos, la masificación de la hambruna, etc. El punto en cuestión está en la racionalidad que las formuló, por lo que apelan al abandono de sus fundamentos racionales. Tal como lo plantea Lyotard:

(La posmodernidad) designa el estado de la cultura después de las transformaciones que han afectado a las reglas de juego de la ciencia, de la literatura y de las artes a partir del siglo XIX. (...) Se tiene por “postmoderna” la incredulidad con respecto a los metarrelatos. Esta es, sin duda, un efecto del progreso de las ciencias; pero ese progreso, a su vez, la presupone. (...) La condición postmoderna es tan extraña al desencanto como a la positividad ciega de la deslegitimación. ¿Dónde puede residir la legitimación después de los metarrelatos? (...). La cuestión abierta es esta: ¿es practicable una legitimación del lazo social, una sociedad justa, según una paradoja análoga a la actividad científica? ¿En qué consistiría? (Lyotard, 1989: 9-11)

Según esta postura, las bases epistemológicas cambian reconociendo otra manera de hacer ciencia, la cual implica que cada vez más formulaciones científicas están siendo sometidas a normas sintácticas y semánticas, por un lado, y que ya no resultan sustentables las metanarrativas, las construcciones teóricas o reconstrucciones históricas. De esta manera, la ciencia aparece como un juego de lenguaje regida por exigencias discursi-

vas, negándose a su vez la totalidad constitutiva de la filosofía de la historia.

...el saber científico es una clase de discurso (...) El saber se encuentra o se encontrará afectado en dos principales funciones: la investigación y la transmisión de conocimientos. (...) Los productores del saber, lo mismo que sus utilizadores, deben y deberán poseer los medios de traducir a esos lenguajes lo que buscan, los unos al inventar, los otros al aprender. (...) El saber es y será producido para ser vendido, y es y será consumido para ser valorado en una nueva producción: en los dos casos, para ser cambiado. Deja de ser en sí mismo su propio fin, pierde su “valor de uso”. (Lyotard, 1989: 14-16)

Boaventura de Souza Santos (2000)⁵⁵ plantea que el paradigma de la *ciencia moderna* supone que el conocimiento científico comienza al romper con el sentido común, punto de partida también de la *ciencia posmoderna*. La diferencia sustancial radica en que el objeto de la segunda no implica su abandono sino volver a éste para enriquecerlo. Para ello, es necesario distinguir entre la epistemología moderna y la posmoderna: mientras que para la primera ha sido canónico el reto entre apariencia y esencia, para la segunda resulta necesario remarcar un empirismo microscópico dejando de lado los métodos.

En cualquiera de sus posiciones, se considera que los autores autorreconocidos como posmodernos responsabilizan a la razón ilustrada las manifestaciones que en el *plano del ser* se concretizan (desastres naturales, pauperización humana, etc.), lo cual implica atribuirle a la razón lo que no es propio de ésta. El problema está en las lógicas instrumentales contenidas en la razón ilustrada (*plano del pensar*) que se impusieron en la naturaleza desbordando el dominio de la relación sociedad-naturaleza e insertándose en la propia dinámica social a través de la *ideología dominante* en el marco del capitalismo (*plano del ser*).

Por ende, el meollo a trascender no está en la razón moderna sino en las

55 Uno de los “voceros” más consensuado en la reivindicación de las posturas posmodernas en la actualidad.

formas de su implementación.

El punto en cuestión que se plantea necesario para el develamiento de esta temática concreta resulta que en tanto se continúen legitimando los procesos de la racionalidad instrumental y de emancipación humana es imposible dejar a un lado el tema de la racionalidad ligada a la modernidad; sin embargo, como se ha planteado, se reconoce que las manifestaciones iniciales de esta modernidad difieren en cómo se condensan en la actualidad, punto que sí debe ser destacado. En efecto, se sostiene que no han cambiado los contenidos esenciales de la racionalidad moderna, sino tan solo las formas como se presentan los fenómenos.⁵⁶ Así: “A pesar de la enorme variabilidad de todo lo que ocurre, la operación del pensamiento moderno se dirige siempre a lo que haya de constante en esa variación. A pesar de la innumerable diversidad, se dirige a lo que haya de común en medio de lo diverso.” (Pérez Soto, 2008: 74)

En este proceso de uniformización, la ley como sistema clasificatorio de estandarización opera sistemáticamente desde una razón moderna positivista. En este marco, el ser cosificado resulta una entidad sin movimiento, donde la hegemonía en pensamiento, acción y sensación resultan de los valores más preciados y exigidos. En este sentido, y para logro de tal emprendimiento, se entiende que con este contenido estático del ser, lo que han ido cambiando a lo largo de estos últimos tres siglos son las formas de “requerir” tal hegemonía. Como se ha visto, a través de las instituciones en sus contenidos disciplinadores han ido variando a lo largo de la modernidad las formas (dispositivos en esta contextualidad) a través de las cuales se fue “orientando” a los seres en su individualidad y colectivamente hacia una hegemonía del deber ser.

La cultura moderna tiene dificultades sistemáticas para comprender lo cambiante y lo diverso por sí mismos. El cambio no es algo. Nos parece completamente lógico que algo cambie pero, al revés, sin el “algo” básicamente estable, constante a priori, no podemos formar la idea de que ha cambiado. La diversidad ocurre “en algo” y ese algo no es por sí

56 Sería aquella frase inicial retomada de Wittgenstein sobre el vestido...

mismo diverso. No puede serlo. No podríamos encontrar la diversidad en la diversidad pura. No hay diversidad pura, lo que hay es “lo mismo” en el seno de lo cual resultan detectables las diferencias. (Pérez Soto, 2008: 75)

Desde este positivismo moderno, ser y totalidad distan en tanto cosificación del primero como ente y de reduccionismo al todo de la segunda. Desde esta modernidad positivista, tan mediada y mediadora de las instituciones educativas y de la salud desde su origen hasta estos días, el ser cosificado queda restringido a su exterioridad. Pensarlo, visualizarlo, comprenderlo, diferenciarlo desde ese punto resulta tan difícil como un doble movimiento de superación de aquellos sujetos sapientes trascendiendo sus propias limitaciones enraizadas bajo el halo del *saber científico*. Desde esta lógica, comprender es sinónimo de “*analizar y sintetizar*”, tal como lo plantea Pérez Soto (2008). La “operación moderna” implica separar más que analizar, ya que se entiende que hay partes físicamente separables en ese todo. Todo configurado por partes, las que, asimismo, adquieren exterioridad entre éstas mismas y en relación a ese todo que de alguna manera las contiene.

Quizá por primera vez en la historia humana pertenecemos a una cultura que es capaz de pensar algo desconectado del resto de las cosas. Las partes no sólo son exteriores entre sí, son también anteriores y exteriores a cualquier “funcionar” que las ligue. (...) Para esta concepción mecánica del mundo comprender equivale a separar, a distinguir partes. Pero a su vez comprender las partes exige reconocer que también en ellas hay partes. El todo es pensado como una articulación que a su vez tiene partes, que a su vez tiene partes, que tienen partes... Esta regresión, sin embargo, no es infinita. El sentido de la tendencia analítica está asegurado por la convicción de que debe haber un límite en el cual se encuentran aquellas partes que ya no tiene partes. (Pérez Soto, 2008: 92)

Entonces, ¿crisis de la razón moderna? Se considera en lo personal que

se estaría lejos de tal cuestión, ya que los contenidos continúan siendo legitimados desde una racionalidad analítica de fragmentación y exterioridad, donde la comprensión de sujetos, realidades, acciones, percepciones, todo cuanto sea analizado, no puede ser comprendido más allá que desde su cosificación. Pareciera que difícil resulta, cada vez más, pensar e intervenir desde una razón dialéctica, donde totalidad, praxis y devenir sean las mediaciones constitutivas para la delimitación de objetos tanto de investigación como de intervención. Esta razón analítica es la que se aprende en la escuela, se consolida en la secundaria y se potencia en la universidad, si se llega a completar este largo peregrinaje educativo. Pero no es sólo la que se aprende desde el plano del pensar, sino la que se exige desde la estandarización y demarcaciones de normalidad/anormalidad seguirlas en el plano del ser. Si los contenidos se mantienen, pues, las formas han ido cambiando. En el punto concreto del disciplinamiento, por ejemplo, es evidente que esto ha sucedido: “Así, existe en toda cultura, entre el uso de lo que pudiéramos llamar los códigos ordenadores y las reflexiones sobre orden, una experiencia desnuda del orden y sus modos de ser.” (Foucault, 1968: 6)

En esta cuestión de formas y contenidos, el orden desde el cual se piensa desde la lógica analítica moderna dista del de los Clásicos. Esta forma de pensamiento contenida en el pensamiento moderno concibe su origen desde el Renacimiento y sigue hasta hoy día. Ello no implica un progreso de la razón en relación a los Clásicos, sino que ha habido una alteración profunda en la aprehensión de las cosas y del conocimiento: “...a medida que las cosas se enrollan sobre sí mismas, sólo piden a su devenir el principio de su inteligibilidad y abandonando el espacio de las representaciones, el hombre, a su vez, entra, por vez primera, en el campo del saber occidental.” (Foucault, 1968: 8)

...pero el Positivismo no será más que la contracción de ese movimiento, la reducción de ese espacio mítico. Admitirá, para empezar, como evidencia objetiva, que la verdad de la locura es la razón del hombre, lo que invierte por completo la concepción clásica, para la cual la experiencia de la sinrazón en la locura contradice todo lo que puede haber

de verdad en el hombre. En adelante, todo dominio objetivo de la locura, todo conocimiento, toda verdad formalizada sobre ella, será la razón misma, la razón recobrada y triunfante, el desenlace de la alienación. (Foucault, 1992a: 88)

Foucault (1968) se cuestiona sobre los a priori históricos que han hecho posible marcar las diferencias. En este sentido, la historia de la locura implica la historia de lo *Otro*, de aquello que es ajeno, extraño y por ende requiere su exclusión; la historia de lo *Mismo* implica lo disperso y lo aparente, por lo que debe ser distinguido y acopiarse en las identidades.

De la experiencia límite del Otro a las formas constitutivas el saber médico y de éste al orden de las cosas y al pensamiento de lo Mismo, lo que se ofrece al análisis arqueológico es todo el saber clásico o, más bien, ese umbral que nos separa del pensamiento clásico y constituye nuestra modernidad. En este umbral apareció por vez primera esa extraña figura del saber que llamamos el hombre y que ha abierto un espacio propio a las ciencias humanas. Al tratar de sacar a la luz este profundo desnivel de la cultura occidental, restituimos a nuestro suelo silencioso e ingenuamente inmóvil sus rupturas, su inestabilidad, sus fallas; es él el que se inquieta de nuevo bajo nuestros pies. (Foucault, 1968: 9-10)

¿Crisis de la razón moderna? Definitivamente no; o justamente lo opuesto. Más allá de las “promesas incumplidas” hoy más que nunca se producen y reproducen los contenidos de la razón moderna, la que a través de sus formas se ha ido metamorfoseando.

Disciplinamiento como forma, razón instrumental como contenido.

La razón instrumental de la modernidad ha mantenido sus contenidos esenciales de sujeción de la naturaleza que redundó asimismo en la sujeción de los sujetos por los sujetos mismos. Las formas de disciplinamiento devenidas desde los orígenes de la modernidad hasta estos días han ido

variando, fundamentalmente en relación a los dispositivos, estrategias y tecnologías, todo ello de la mano de las instituciones que han ido haciendo cuerpo en el presente trabajo (familia, educación y salud).

Tal como se planteó, las promesas emancipatorias visualizadas en el *plano del pensar* a través de la racionalidad moderna se concretizan en el *plano del ser* en crisis socio-económicas, políticas y hasta culturales que van marcando los procesos de producción y reproducción de las sociedades capitalistas modernas.

Desde las primeras décadas del siglo XX el Estado pasa a intervenir sistemáticamente en la vida económica como forma de regular y reducir los ciclos de crisis económicas. Para 1939, se avecinaba nuevamente una fuerte sacudida económica, que terminó siendo postergada por la reconversión de la industria bélica para la 2ª Guerra Mundial. Estados Unidos de América resulta el gran vencedor en 1945 (fin de la guerra), en tanto, no habiendo sufrido mayores pérdidas en su territorio y fuerzas productivas (a diferencia de Francia e Inglaterra), extiende sus propuestas keynesianas en relación al papel del Estado como interventor en la economía y regulador social del mercado, estimulando a la formulación de políticas macroeconómicas. Este Estado burgués que toma la arquitectura de Estado de Bienestar busca las mejores condiciones para acumular y sus mejores formas de legitimación.⁵⁷ En los siguientes treinta años se concretiza la posibilidad de manipular racionalmente una serie de instrumentos institucionales para controlar el mercado y regular los impactos negativos de las crisis macroeconómicas. Dichas propensiones tienden a revertirse, ingresándose a fines de los años '60 en una larga ola recesiva (crecimiento residual, ofensiva contra los trabajadores y precarización en la regularización estatal). Se llega al Siglo XXI con más preguntas y promesas incumplidas que certezas. En el *plano del ser* algo está errado y apunta directamente a la concepción de razón (*plano del pensar*), aseverándose que la modernidad se ha agotado y que se ha entrado en la era de la posmodernidad.

57 Se considera que ésta resulta la reivindicación de la “ideología dominante” y la imposición de una hegemonía cultural subsumida de alguna manera en el siglo anterior con las revueltas entre proletarios y burgueses.

En este marco, con basamentos en la razón analítica hegemónica de la modernidad, se pretende desde el *saber científico* que los objetos respondan siempre a un mismo criterio intelectual. De esta manera, se tiende a la exclusión de lo diferente, hasta en el plano del pensar (más allá del plano del ser). Nada ni nadie puede cuestionar el poder de la razón, esa razón analítica objetiva y estandarizada, más allá que si de comprender las complejidades de la humanidad hoy día fuera posible tal arbitrariedad y exterioridad, cosificación y ajeneidad de lo sentido, percibido, actuado, dicho. Claro está, sensibilidades en este orden de pensamiento no encuentran espacio ni razón de ser; en todo caso, lo fenoménico de las acciones y por las dudas no ahondar más porque ya se encuentran puntos de quiebre en la exterioridad de ese objeto que, en el campo de la medicina y la educación, resultan sujetos en su esencia. Si esto se lleva a la infancia, más lejano aún poder siquiera fantasear con la posibilidad de reunir saber científico del *nosotros* con sensibilidad y percepción del *otro*: “Si algo cuestiona esencialmente la pretensión de objetividad de la razón moderna es esta ilusión de totalidad, de hacer presente en todo y cada uno de los ámbitos del saber una misma razón universal.” (Galende, 2008: 36)

Este *otro* diferente, singularizado en la presente investigación en ese *cuerpo subjetivo*, en esa niñez medicada abusivamente con psicofármacos, se presenta y es presentado como un extraño; extraño que desde las dualidades del positivismo de la relación causa-efecto debe ser “aniquilado”. Conjuros del ser bueno (*nosotros*) y el ser malo (*los otros*), desde esta razón analítica que se ha intentado trascender a lo largo de todo el trabajo, tal alteridad encuentra su materialización en la población que aquí toma cuerpo.

La racionalidad psiquiátrica... se lanza a explicaciones causales arbitrarias que la alejan de la complejidad de fenómenos y sus determinaciones múltiples. La conexión causal, que surgió del positivismo de la física clásica, no es nunca una relación absoluta... Se trata de caracterizaciones e interpretaciones constructivistas que los hombres atribuyen a los fenómenos que creen naturales. El conocimiento de la Psiquiatría se detiene allí: cree haber llevado a la conciencia del especialista solamente

lo que existía ya en la “naturaleza” de la enfermedad. (...) El saber debe disciplinarse a una conducta intelectual que al identificar el fenómeno y describir sus manifestaciones revelaría su verdad objetiva. El pensamiento ha sido considerado por la modernidad como lo más elevado del espíritu, contemplar el mundo y describirlo en todos sus detalles equivale al conocimiento del mismo. Y a su dominio por el nombre o el concepto. (Galende, 2008: 37-38)

Padecimiento psíquico, más allá se trate de una patología o no, está subsumido al saber/poder de una disciplina y su autoridad, la cual decide y orienta las conductas prácticas. Pero lo que le da legitimidad y poder a tal cientificidad (materializada en disciplina hiper-sapiente) es la creencia social en su saber como el único válido, en una especie de tríada entre saber-poder-verdad. Esto no es una restricción imperante sólo para la Psiquiatría, sino que se amplía al espectro de las disciplinas originarias de la racionalidad moderna y del positivismo científico. En este sentido, la Psiquiatría queda enredada en una madeja disciplinar y de científicidades que distan ampliamente de autonomías del pensamiento o de sus supuestos. (Galende, 2008)

Las consecuencias de esta nueva perspectiva son amplias: el sujeto no resulta una totalidad unificada por la conciencia racional; el conocimiento no puede prescindir de lo que añade al mismo el propio sujeto cognoscente; la historia no está hecha de una objetividad de acontecimientos reconstruidos por la memoria del historiador sino por sus interpretaciones y construcciones; la verdad no es escindible de la interpretación y del trabajo de su construcción. Toda esta nueva manera de comprender la posición del sujeto, en diferentes niveles de aceptación, y a través de múltiples debates en el seno de las ciencias humanas, se ha ido imponiendo como marco de una nueva comprensión del hombre y su devenir histórico. (Galende, 2008: 106)

La Psiquiatría como disciplina surge en el marco de la razón moderna,

la cual le otorga “los modos intelectuales de pensar sino a la vez el marco práctico en el cual, basándose en esta razón, se desarrollan acciones de dominación y control sobre todo aquello, y todos aquellos, que no eran comprendidos o capturados en sus principios”. Desde sus comienzos como disciplina en el campo de la medicina, ha llevado una consonancia exacerbada con la razón analítica moderna, en los puntos más álgidos de la legitimación de lo hegemónico y el destierro de mitos y saberes populares. En su:

...afán intelectual por construir un saber especializado sobre la enfermedad mental se agotó (se sigue agotando) en descripciones, más o menos prejuiciosas, del comportamiento anormal, de clasificaciones que son confundidas con un saber sobre la causa de los trastornos, y que, finalmente, no resultan más que en el ocultamiento de las prácticas reales y del poder disciplinario que las orienta. (Galende, 2008: 28)

Podrán parecer reaccionarios los planteamientos de Galende, por lo pronto los directamente implicados tienen todo el derecho de sentirse molestos porque disciplinas ajenas a la suya parecieran inmiscuidas en su saber. Lejos se está de eso. Lo que se intenta dejar en claro es que los fundamentos científicos tan mencionados y que legitiman su accionar (así como el de otras instituciones disciplinadoras), no son tan objetivos y responden hegemónicamente a una racionalidad moderna positivista, de la cual la investigadora sí se distancia enfáticamente. Se habla siempre en genérico cuando se refiere a instituciones, disciplinas, etc., ya que sería antagónico a lo teórico, metodológico, epistemológico y ético de quien suscribe no reconocer las singularidades y en ellas sus divergencias.⁵⁸

Sino ahí sí se trataría de polaridades, cuando lejos se está de tales anta-

58 De hecho, en el trabajo de campo se registraron entrevistas fundamentales que aparecen a lo largo de la investigación sobre discursos desde algunos psiquiatras infantiles que intentan desde sus individualidades hacer estas rupturas, muchos de los cuales caen en la frustración por la distinción entre el rol esperado y el rol que pretenden asumir desde aspectos éticos que validan cuestiones teóricas, metodológicas y epistemológicas.

gonismos. Esto no es cuestión de buenos o malos, como se ha mencionado en varias oportunidades, sino de racionalidades inmanentes que naturalizadas y legitimadas individual y colectivamente se interiorizan y exteriorizan. Aclarado esto, se continúan con los planteamientos de Galende, psiquiatra y psicoanalista, especialista en la temática de la salud mental, área de intervención no arbitrariamente sólo de la Psiquiatría.

El punto clave en este disciplinamiento como forma y razón instrumental como contenido está dado acertadamente en una frase de Galende: “Para la razón moderna el desafío del conocimiento ha sido a la vez el desafío de la dominación”. Disciplinamiento y dominación en sus formas manifiestas; razón moderna a través de la razón instrumental en sus contenidos a través del conocimiento. Para este saber científico especializado, rotular “conductas anormales”,⁵⁹ establecer códigos de disciplinamiento para toda conducta humana, llevar adelante esquemas racionales que permitan referirse a diagnósticos y pronósticos hacen a un lenguaje particular disciplinar y a una constitución de contenidos inmanentes a su lógica del saber/poder: “todo acontecimiento, toda experiencia, podrá ser percibida, nombrada, valorada y clasificada con el lenguaje propio de la disciplina”. (Galende, 2008: 30, 31) El lenguaje queda ligado a este proceso demarcatorio.

Cada individuo moderno se mirará a sí mismo, y mirará a los otros, con esta nueva arma disciplinar: ¿detallista u obsesivo? ¿fantasioso o histérico? ¿sensitivo y desconfiado o paranoico? ¿eufórico o maniaco? Y así indefinidamente. (...). El imaginario moderno de la locura, y su posterior ampliación a las neurosis y al conjunto de la experiencia del comportamiento humano, hasta la actual consigna de la salud mental, está contenidos y disciplinados por los conceptos “abstractos y nebulosos” de la Psiquiatría. (Galende, 2008: 30)

La distinción entre normal y anormal como lo sano y lo enfermo, los

59 *Anormal*: “fuera de la norma, sin ser nunca explícito si se trata de la norma social, psíquica, biológica o física”. (Galende, 2008: 36)

límites tan difusos en las patologizaciones generalizadas, dan cuenta de un lenguaje cotidiano donde “padecimiento psíquico” “déficit atencional” “enfermedad mental” “problemas conductuales” se mezclan en un sinsabores que hacen a esencias constitutivas de singularidades, que así también son etiquetadas. La anormalidad queda así anidada como categoría natural, lo cual debe hallar sus respuestas en el saber científico-médico.

Lejos de ser el “progreso” del conocimiento que permite ir descubriendo un trastorno mental en la naturaleza de la organización cerebral que desde siempre ha estado ahí, resulta necesario reconocer que se trata de “modas”, de circunstancias temporales, sociales y culturales contemporáneas que ubican a la Psiquiatría infantil, en este caso concreto, en un sitio de relevancia desconocido hasta la última década, al menos en el Uruguay.

Si bien la naturaleza es el suelo que lo posibilita, las lógicas que lo construyen con sus palabras y significados pertenecen enteramente al actuar de los hombres. Cada época y cada cultura han construido los significados, valores y sentidos de la conducta y del pensamiento normal y sus desviaciones, la Psiquiatría no es una excepción a esto, de allí que su entendimiento y su proceder sean análogos a los de la razón moderna. La diferencia consiste en que esta razón moderna, este pensamiento propio del hombre moderno y de la Psiquiatría, se hayan pensado a sí mismos como fuera de los tiempos históricos y a la vez universales. (Galende, 2008: 33)

La relevancia adquirida por la Psiquiatría ya desde sus orígenes en el siglo XIX trasciende la aplicación de una racionalidad médica vinculada a la mente o la conducta. Según Foucault (1992b) esto sucede por la necesidad de una forma nueva de higiene pública, más allá de las implicancias del saber médico en la intervención sobre el cuerpo social. Emergía un “peligro social” a partir de los procesos de ampliación demográficos en las ciudades, no tan preparadas para asumir tales magnitudes de individuos, ni en lo estructural, ni en lo económico, ni en relación a recursos humanos, fundamentalmente aquellos que pudieran poner cierto orden al desorden que

reinaba. Imperaba la imposición de normas de higiene, de espacios donde atender la enfermedad, de sujetos que se dedicasen a tales menesteres. Todo redundaba en “condiciones malsanas de existencia”, en tanto comenzó a haber superpoblación, vida urbana masificada, y en este contexto, mayores índices (o más bien indicios) de promiscuidad, alcoholismo, desenfreno. Todo ello implicaba una serie de peligros que era necesario prevenir si se pudiera o solucionar de la mejor y más rápida forma posible. Así, “la Psiquiatría del siglo XIX fue una medicina del cuerpo colectivo al menos en la misma medida que una medicina del alma individual”. (Foucault, 1992b: 106): “No basta con hacer un proceso a la razón en general; es necesario poner en cuestión la forma de racionalidad vigente actualmente en el campo social. (...). La cuestión consiste en conocer cómo están racionalizadas las relaciones de poder. Plantearse esta cuestión es la única forma de evitar que otras instituciones, con los mismos objetivos y los mismos efectos, ocupen su lugar.” (Foucault, 1992b: 133)

En este contexto, disciplinamiento y hegemonía dan cuenta de una misma realidad, en el arbitraje de sociedades que bajo una razón instrumental corren tras una promesa emancipatoria, de la cual cada vez más se alejan en la medida que los primeros avanzan.

Así, el proceso de medicalización que genealógicamente va trabajando Foucault a lo largo de diversos textos que conforman su obra, dan cuenta de este concepto de “disciplinamiento”. Este proceso de medicalización lo visualiza en un proceso paralelo con las formas jurídicas del derecho positivo y las implicancias de la gobernabilidad como contexto.

En el tiempo histórico comprendido entre los años 1760 y 1840, Foucault (1992b) ubica un nuevo tipo de contacto entre el aparato de producción (a toda marcha en plena revolución industrial) y quienes lo hacían funcionar (comienzan las distinciones entre proletarios y burgueses). Comienza así a generarse un paralelismo entre moral y cuerpos, donde las instituciones penales empiezan a cobrar forma y las médicas a desplegar sus galas. De esta manera, el cuerpo ya no debe ser marcado, sino corregido, domado, para lograr seres productivos a la lógica que cada vez imperaba con mayor ahínco. La medicina será la encargada de normalizar tales cuer-

pos, instalada en el corazón de la práctica penal: *“el fin de la pena debe ser curar”*.

La penalidad será el punto de partida en un proceso que tuvo su origen en paralelo al de la medicina. Dicha penalidad, formó parte de una historia de las relaciones entre poder político y los cuerpos, y en relación a esto cambió sus prácticas, orientándolas hacia el control de los cuerpos, su coacción, su sometimiento. Para ello debió haber un cambio de perspectiva en el disciplinamiento, de tal manera que todo debió comenzar a ser observado, visto, transmitido. El panoptismo, como se vio a comienzos del presente trabajo, comienza a generar espacios de ingerencia en la vida cotidiana, tanto privada como pública, de los sujetos individuales y colectivos. Panoptismo desde lo estructural (en lo arquitectónico), pero fundamentalmente en aspectos más micro: generación de sistemas de archivos, localización de los cuerpos, control y mejora del rendimiento, correcta utilización de las energías para la productividad. Se va consolidando así una nueva fisiología: “definición de normas, exclusión y rechazo de los comportamientos no adaptados, mecanismos de reparación mediante intervenciones correctoras que fluctúan ambiguamente entre un carácter terapéutico y un carácter punitivo”. (Foucault, 1992b: 27)

El panoptismo, la disciplina y la normalización caracterizan esquemáticamente esta nueva fijación del poder sobre los cuerpos que se implantó en el siglo XIX. Y el sujeto psicológico, tal como aparece en este momento (objeto de un posible conocimiento, susceptible de aprendizaje, de formación y de corrección, espacio eventual de desviaciones patológicas y de intervenciones moralizadoras) no es más que el reverso de este proceso de sometimiento. El sujeto psicológico nace en el punto de confluencia del poder y del cuerpo, es el efecto de una determinada “física política”. (Foucault, 1992b: 28)

En este proceso de disciplinamiento a partir del siglo XVIII, medicalización mediante, Foucault (1992b: 52-54) destaca tres puntos que considera relevantes, a saber:

- *Biohistoria*: los efectos generados en la especie humana con una fuerte intervención médica en este llamado proceso de medicalización.
- *Medicalización*: en tanto red cada vez más densa y amplia que cada vez va teniendo mayor ingerencia en la existencia humana, en las conductas, en los cuerpos.
- *Economía de la salud*: como la mejora de la salud en relación a los servicios brindados y el consumo de ésta, como desarrollo económico de las sociedades privilegiadas.

Para el siglo XIX, con la consolidación de los procesos de medicalización y penalización va a surgir una nueva figura que suplante la represión: la autoridad. Ésta va a conllevar los valores de ser quien determina el encierro y, a su vez, el rigor de la razón que juzga. Se maneja con la mirada y el lenguaje como tácticas de disciplinamiento. Se presenta así como “ser de razón” en tanto, a diferencia del asilado, éste sujeto encarnando la autoridad no se halla del lado de la sinrazón. (Foucault, 1992a) El disciplinamiento va a ir contando con diversos dispositivos, tácticas, estrategias y tecnologías que, mediando instituciones basales para el mantenimiento del orden, alcanzará los fines para los que fue “creado”: sociedades modernas racionales y productivas.

Así, la dominación bajo la *forma* de disciplinamiento de las conductas anormales se instala en la relación sujeto (médico) – objeto (paciente), en los contenidos de una razón instrumental que legitima un saber/poder y que no hace más que sujetar por el conocimiento a estos sujetos.

II.2) El ser social en los procesos de disciplinamiento. Cuando las formas cambian y los contenidos quedan.

Aún en el dolor, la soledad, la muerte o el suicidio, somos con otros, contra otros, a pesar de otros, por otros. El hombre aislado es un mito que ha producido y produce efectos de poder y posibilita descargar conciencias, pues permite responsabilizar a un individuo por procesos que siempre son colectivos.

(Murillo, 1996: 7)

Ontología del ser social en las sociedades modernas.

En este punto, se realiza un proceso analítico sobre concepción de ser – individuo – sujeto de derecho. Libertad (Sartre, 2000) y autonomía en lo *discursivo* como forma de emancipación del ser, en contraposición con lo que de hecho sucede en su relación de subordinación de unos con otros, sumándole a ello procesos reflexivos anteriores de alteridad y razón instrumental. ¿Conductas sociales altercéntricas o egocéntricas?

De esta manera, se intenta dar cuenta de la relación entre las formas de disciplinamiento legitimadas por las sociedades occidentales modernas como respuesta a una racionalidad instrumental acaecida desde el Siglo XVIII, y las conductas sociales de los sujetos (individuales y/o colectivos) que en éstas devienen como seres históricos y sociales. Para ello, se intenta mediar la discusión a través del reconocimiento de cuan altercéntricas y/o egocéntricas resultan tales conductas, tanto a nivel de las instituciones (análisis de carácter socio-político) como de los sujetos concretos (perspectiva ontología).

Se parte de considerar que las instituciones conforman las estructuras que articulan lo material y lo simbólico en el plano del pensar y devienen histórica y socialmente como construcciones que hacen a las racionalidades que las contienen, esto es, la racionalidad instrumental anteriormente mencionada. Así, el planteamiento socio-político que se pretende llevar adelante para este punto contiene su doble dimensión: lo político y lo social, en su relación con las conductas, reconocidos los argumentos a través de Philip Pettit y René Lourau.

Philip Pettit realiza sus aportes con relación a las por él denominadas “*instituciones republicanas*”, en tanto “los objetivos que un estado republicano debería hacer suyos y en las formas que debería adoptar” (Pettit, 1999: 269) remiten a contrarrestar los posibles efectos que la dominación pueda manifestarse en conductas egocéntricas, consignando esto a beneficios en lo privado. De esta manera, con la injerencia de este tipo de estado, se evitaría el “extravío” de la conducta humana en lo cotidiano, visualizada con mayor énfasis en la medida que los individuos ocupan posiciones de autoridad en el plano de las instituciones. En este punto encuentra una bi-

furcación en las posibles respuestas, que lo plantea del siguiente modo: “... una cosa es si podemos esperar el cumplimiento y obediencia de unas autoridades moralistas que abracen con celo el ideal republicano, y otra distinta es si podemos esperar probidad de quienes no hacen completamente suyo el ideal”. (Pettit, 1999: 270)

Cuan egocéntricas sean las conductas individuales y su contención desde las instituciones serán puntos de encuentro o desencuentro para esta doble consignación, entendiendo el autor a la primera en la *“factibilidad moral del ideal”* y a la segunda en la *“factibilidad psicológica”*.

Así, denomina *“diseño institucional”* a aquéllas *“intervenciones en todos los acuerdos que coordinan la conducta de los individuos dentro de la sociedad”*, identificando en este aspecto a la conducta propia de los individuos, a las oportunidades e incentivos devenidos por la variación en la conducta agregada de éstos, y a la *“jerarquización”* de los patrones que regulan tales conductas. De esta manera, *“el objetivo del diseño institucional puede ser la prevención del daño o la promoción del bien”* (siendo su distinción *“intuitiva”*), determinando el control tanto de los *“agentes”* individuales como *“corporativos”*. (Pettit, 2003: 76, 81) Al plantear estos aspectos, lo hace en el entendido de la libertad como no-dominación, objetivo propiamente republicano, en tanto *“la gente disfruta de libertad como no-dominación, en la medida en que nadie está en posición de interferir arbitrariamente en sus vidas”*. (Pettit, 1999: 271)

Para el logro de esto, le atribuye especial estatuto a la sanción como norma, entendida ésta a través de la aceptación y reconocimiento en tanto su no cumplimiento trae aparejado su opuesto: el castigo. De esta manera, se relaciona directamente la conducta en acción como acto egoísta, ya que el cumplimiento o no de la norma (y así su recompensa o su castigo) remite a una decisión personal que no involucra a terceros. Parte del fundamento de ello radica en la teoría de la elección racional, donde *“se combina con la intuición moral para volverla convincente”*, *“ocupándose de personas reales dentro del mundo real y no de agentes idealmente racionales”*. (Pettit, 2003: 79, 84)

Retomando esta línea de pensamiento, se considera que el disciplina-

miento reconocido enfáticamente desde los inicios de la modernidad puede entenderse en que la sanción como norma es lo que estaría habilitando que tales procesos de hecho existan. Ahora, el punto en cuestión en este nuevo rodeo radica en ver si sólo con el reconocimiento de conductas ego-céntricas, visualizadas hasta el momento en los argumentos de Pettit con relación al ámbito institucional, se puede realmente reconocer y analizar tal fenómeno.

Siguiendo con las ideas de Pettit (2003), este autor agrega a sus postulados de las conductas ego-céntricas que con relación a las oportunidades y los incentivos mencionados se le estaría adicionando un segundo tipo de control, que denomina “filtro”, destinado a influir sobre las primeras (oportunidades) en desmedro de los segundos (incentivos). Estos filtros pueden estar ligados tanto con las opciones como con los “agentes”. Así, filtros y sanciones estarían orientados a la minimización de las conductas inapropiadas o “dañosas”.

Este autor remite su análisis al interés egoísta de los “agentes” para la toma de decisiones en la elección racional de sus conductas, invocando para ello la *“fórmula de Harsanyi”*, que supone que la conducta de los individuos debe ser explicada por el interés egoísta que la mueve en su determinación y restricción racional: “La elección de un agente resulta racional siempre que promueva la satisfacción de sus deseos mejor que cualquiera de las alternativas, según su manera de ver las cosas.” (Pettit, 2003: 85)

Tal interés egoísta estaría siendo postulado tanto por los beneficios económicos que pudieran aparejarse con las elecciones conductuales “positivas” (o no “dañinas”), así como por los deseos de aceptación social. Los primeros estarían remitidos a los beneficios obtenidos por una acción intencional para el logro material de bienes; mientras que los segundos, una vez logrados, resultan bienes que dependen de la actitud, fundamentalmente de la de los demás en relación directa con la del “ego”. Así, haciendo acopio de los postulados de Harsanyi, considera “que la teoría de la acción racional concibe el deseo egoísta de lograr la aceptación social a la par del deseo egoísta de beneficio económico”. (Pettit, 2003: 88)

Resultan claros, pues, los postulados de Pettit (2003) con relación a las

conductas egocéntricas en el marco de las instituciones, donde las sanciones juegan un rol preponderante, y donde, fundamentalmente, la idea de libertad como no-dominación atraviesa de plano cualquier acción individual, por su referencia constante de sus enunciados en el marco de los estados republicanos.

Siguiendo con el análisis institucional, René Lourau, ubicado en la presente discusión en lo social de la temática en cuestión, considera a las instituciones como “formas sociales visibles por estar dotadas de una organización jurídica y/o material” (Lourau, 2001: 9) Para este autor, todo ordenamiento instituye una ruptura entre lo permitido y lo que no lo está dentro de una forma social considerada, así como lo deseable/no deseable, lo obligatorio/no obligatorio. Devela en la institucionalización de su análisis la dialéctica como movimiento inmanente en la procesualidad de estos momentos. De esta manera: “Se habla de análisis institucional porque las organizaciones sociales de todo tipo (...) no son reducibles a sistemas positivos que bastaría desmontar, sino totalidades parciales, y como tales doblemente trabajadas por la negatividad.” (Lourau, 2001: 18)⁶⁰

La influencia hegeliana no puede desconocerse, tomándose éste como uno de los puntos destacables para luego brindar la discusión desde lo ontológico, tal cual fuera antelado: “Toda forma social posee por consiguiente una unidad, un carácter específico producido por su finalidad oficial (la producción, la gestión, la educación, el control, la ayuda, la protección, etc.), la que, tomada en sí misma y aisladamente, recibe el nombre de función”. (Lourau, 2001: 13)

Tal finalidad no remite únicamente a los servicios que brinda o está destinada a ofrecer, sino que produce modelos de comportamiento, en tanto mantienen normas sociales que habilitan a los sujetos a estar integrados dentro del sistema total.

Así, el análisis de las conductas egocéntricas vuelve al tapete de la mano de Lourau, y resignificando los dichos de Pettit, en la medida que las insti-

60 Conceptos estos ya vertidos en la Introducción para la explicitación de aspectos metodológicos, pero que se considera propio volverlos a reiterar aquí desde sus fundamentos teóricos.

tuciones que median la cotidianeidad de los sujetos no sólo son espacios de producción material y simbólica, sino ámbitos de reproducción de lo socialmente esperable. De ahí la conjunción con Pettit con relación a la confiabilidad de lo esperable y la noción de libertad ostentada por los estados republicanos, en tanto sustento institucional para el “apoyo” en la toma de decisiones (y su castigo, en caso de excesos, tal como fuera visto). De todas maneras, no habría que dejar como por dado en un mismo plano de análisis lo planteado por Lourau y Pettit, en tanto el primero toma lo institucional como constreñimiento de los sujetos y “deber ser” en los procesos de adaptación en lo social, de alienación de las conductas humanas; cuando el segundo lo visualiza como un aspecto “positivo” de la lógica institucional dentro de lo político y socialmente existente. Sin embargo, más allá de las divergencias explicitadas entre ambos autores, para quien suscribe siempre va a ser más destacable la “libertad positiva” que pueda estar enmarcada en las lógicas de los estados republicanos y no la “libertad negativa” ante el exceso del mercado sobre el estado, donde la producción y reproducción de las lógicas institucionales remiten a conductas egocéntricas basadas en el suceso individual sin restricciones estatales que contemplen el “bienestar” de la sociedad en su conjunto.

Ahora, ¿cómo re-ubicar la discusión desde el punto de vista ontológico? De hecho resulta parte del devenir de la discusión que se ha planteado, en tanto, más allá que se haya realizado hasta el momento el análisis institucional, el mismo remite a las conductas de los sujetos (en estos contextos). Sin embargo, reconocer el carácter ontológico más puro de la discusión se considera pertinente, en la medida que reconociendo la totalidad como mediación para el presente análisis implica, por ello, trascender lo institucional en su dimensionalidad. Así, el sujeto en su esencia cobra vida en este estudio en su carácter ontológico, no por ello contradiciendo lo predicho, sino todo lo contrario, ya que, al decir de Lourau: “¿Quiere decir que el análisis institucional (...) acuerda una importancia peligrosa al factor subjetivo? Si el peligro existe, es desde la perspectiva de una filosofía subjetivista, tan discutible como su opuesto, el objetivismo.” (Lourau, 2001: 21)

Se considera que con tal referencia se echan por tierra cualquiera de los

prejuicios y perjuicios que pudieran incluirse en la delimitación del presente objeto (desde quien suscribe, pero, a su vez, desde quien lo lee).

De esta manera, trascendiendo los interesantes recaudos interpelados por Pettit, se considera pertinente, al menos, contemplar lo que serían conductas “altercéntricas”, en el entendido de que sin éstas las sociedades occidentales modernas no podrían concebirse, fundamentalmente, en lo que hace a su ductilidad manipulatoria para ser disciplinadas y controladas. Así, se entiende el alter como figura de oposición al yo, de contradicción al ego, como categoría construida sobre la interpretación de las desigualdades entre unos y otros.

Se considera que la teoría de la acción racional enraizada en conductas egocéntricas no estaría dando cuenta sustantiva del sujeto enmarcado en una totalidad más amplia, donde es productor y producto de su propia historia, así como de la colectiva. Ya lo decía Jean-Paul Sartre: “verdad es que el individuo está condicionado por el medio social y se vuelve hacia él para condicionarlo; eso es -y no otra cosa- lo que hace su realidad” (Sartre, 2000: 63). Por ello, cuando entra en juego en la discusión el aspecto ontológico de la misma, se cree pertinente pensar en una “hibridación” del concepto, en el entendido de la trascendencia de conductas alter o egocéntricas en una totalidad compleja.

Cuando autores subjetivistas como Sartre reflexionan sobre las conductas sociales e interrelacionan de plano sujetos y medios, en un vaivén dialéctico entre el hombre ⁶¹ particular y el hombre genérico, resulta necesario detenerse a pensar sobre cuan netamente egocéntricas pueden ser las conductas sociales, tal como lo menciona Pettit, si los medios son una parte irreductible del devenir de los sujetos, y lo mismo a la inversa.

En este sentido, Sartre denomina tal movimiento como la “auténtica dialéctica de lo subjetivo y de lo objetivo”, en tanto proceso de interioriza-

61 Estos autores, al escribir en un tiempo y espacio determinado, donde las pujas por el reconocimiento de género no eran tan acentuadas, se refieren a hombres como sujetos, sin distinción de sexos. Sabido es que hoy día no corresponde utilizar la denominación masculina como genérico de lo masculino y lo femenino, pero se entiende que es dable respetar tal cual las expresiones lexicales de quienes se retoman los contenidos.

ción de lo externo y exteriorización de lo interno.

...el proyecto como superación subjetiva de la objetividad hacia la objetividad, entre las condiciones objetivas del medio y las estructuras objetivas del campo de los posibles, representa en sí mismo la unidad moviente de la subjetividad y de la objetividad, que son las determinaciones cardinales de la actividad. Lo subjetivo aparece entonces como un momento necesario del proceso objetivo (...) Así lo subjetivo mantiene en sí a lo objetivo, que niega y que supera hacia una nueva objetividad. (Sartre, 2000: 81)

Siguiendo con esta línea de pensamiento (más allá de las diferencias entre neomarxismo lukacsiano y existencialismo sartreano), se retoman las ideas de Heller cuando plantea que la reproducción del hombre particular es reproducción del hombre concreto, en tanto todo hombre al nacer lo hace en un mundo ya constituido, ya existente, independientemente de él: “El particular nace en condiciones sociales concretas, en sistemas concretos de expectativas, dentro de instituciones concretas... Por consiguiente, la reproducción del hombre particular es siempre reproducción de un hombre histórico, de un particular en un mundo concreto.” (Heller, 1991: 41)

A su vez, esta autora se aventura hacia una precisión de mayor especificidad, diferenciando hombre particular de individuo, siendo la mediación para esta distinción la “autoconciencia”: “Todo hombre, todo particular, tiene una conciencia del yo, como tiene una determinada noción de su propia pertenencia a una especie. Pero sólo el individuo posee autoconciencia. La autoconciencia es, pues, la conciencia del yo mediada por la conciencia de la especie.” (Heller, 1987: 80)

Se considera que éste resulta un punto fundamental en la discusión que se está planteando sobre conductas sociales alter o egocéntricas en relación a los procesos de disciplinamiento, en tanto la distinción entre hombre particular e individuo (autoconsciente de “la singularidad casual de su individualidad y la generalidad universal de la especie” – Heller, 1987: 81-) permite discernir entre conductas que puedan ser entendidas como

netamente egocéntricas de aquellas que, mediadas por la autoconciencia, soslayan las conductas entre el alter y el ego.

Cómo pensar sólo en conductas sociales egocéntricas cuando las relaciones interpersonales dependen de otras relaciones singulares, como diría Sartre, que habiliten al encuentro de una sujeción objetiva en las relaciones concretas, siendo llevada ésta, tal como se ha visto anteriormente, no por *“la presencia de los otros, sino (por lo que implicaría) su ausencia”*. (Sartre, 2000: 68) El hombre es en relación con los otros, sin mediar en esto elecciones racionales puramente egocéntricas que permeen las conductas interpersonales, donde se pone énfasis en el valor obtenido por los sujetos en bienes y aceptación social (a decir de Pettit).

Por ello, se retoman los planteamientos institucionales manejados, justamente porque son parte del debate, en tanto negación y superación. Por ello, cuando se considera que en los planteamientos unidireccionales de conductas netamente egocéntricas se termina por desconocer al otro en su alteridad, con ello no se desconoce lo predicho desde Pettit, sino que se lo contiene, abarca y expande en el proceso de pensamiento. Se hace hincapié sobre esta idea, ya que se entiende como un riesgo cuantioso si se piensa en los procesos de disciplinamiento y control social, unido esto a lo que implica la alienación de los sujetos.

...la peor de las alienaciones no es ser despojado por el otro, sino estar despojado del otro; es tener que producir al otro en ausencia del otro y, por lo tanto, ser enviado continuamente a uno mismo y a la imagen de uno mismo. Si en la actualidad estamos condenados a nuestra imagen ... no es a causa de la alienación, sino del fin de la alienación y de la desaparición virtual del otro. De hecho, el límite paradójico de la alienación consiste en tomarse a sí mismo como punto de mira... (Baudrillard, 2000: 37)

Resulta relevante tomar en cuenta para la idea recién planteada otra de las distinciones mencionada por Heller en cuanto a las relaciones sociales, que introducen aspectos diferenciales a la discusión que se plantea: “Todas

las relaciones sociales son relaciones interpersonales, pero en cuanto conjunto de relaciones no son relaciones de contacto personal, aunque estén basadas en éstas (...) El grado de alienación de una sociedad puede ser también revelado por los contactos personales.” (Heller, 1991: 598)

Esto es, cuanto más autoconciencia logren las individualidades de una sociedad, menos alienada va a estar ésta en su conjunto.

Ahora, la duda cabría incluirla: ¿cuan des-alienada podría estar una sociedad que por su complejidad y respuesta a los procesos de normalización está cada vez más disciplinada?

En esto último se considera radica el meollo de la discusión, y parte de la respuesta se ha visto con Baudrillard, aunque resulta pertinente incluir a este punto otro *rodeo* en la delimitación del objeto. Cuando se plantea la duda entre conductas egocéntricas o conductas altercéntricas que orientan las conductas sociales, resulta ineludible pensar tales posibilidades como dos caras de una misma moneda, en tanto una no se comprende sin la otra, y viceversa. Así, alter y ego se tornan en una unidad indisoluble, en un par dialéctico a decir de Hegel (1968), opuestos complementarios que devienen en un *traspasado* que los *contiene y supera*.⁶² Sólo en la conjunción de ambas conductas de sujetos individuales y/o colectivos puede pensarse el disciplinamiento y control social acaecido históricamente, pero con más radicalidad desde los albores de la modernidad.

Ser autoconsciente que la norma como sanción figura como un panóptico a las conductas sociales (Foucault, 1996b) no remite a reconocer que éstas sean orientadas tan sólo por elecciones racionales, ya sean altercéntricas o egocéntricas, sino que responden, en principio, a estructuras complejas mediadas por las instituciones. Por ello no puede plantearse una sin la otra, porque hasta el mismo Pettit cuando se refiere a las conductas egocéntricas relaciona inmediatamente su análisis con un “diseño institu-

62 “Lo que constituye la verdad no es ni el ser ni la nada, sino aquello que no traspasa sino que ha traspasado, vale decir, el ser (traspasado) en la nada y la nada (traspasada) en el ser. Pero al mismo tiempo la verdad no es su indistinción, sino el que ellos no son lo mismo, sino que son absolutamente diferentes, pero son a la vez inseparados e inseparables e inmediatamente cada uno desaparece en su opuesto.” (Hegel, 1968: 76)

cional”, más allá que a partir de éste reafirme su posición unidireccional. En la trama de la complejidad de la realidad se considera resulta restrictivo realizar planteamientos que devengan en la defensa de una postura unidireccional, desconociendo con ello la totalidad. Porque, tal como lo plantea Lourau en su análisis institucional: “La dialéctica es reemplazada por antinomias “racionales”, “naturales” o “fatales” entre el individuo y la sociedad (o el “mundo”), antinomias que se resuelven acordando preeminencia ya sea a la sociedad o al individuo”. (Lourau, 20 Lourau 01: 11)

Y, tal cual lo que se ha intentado discutir en el presente trabajo, uno (el sujeto) no es sin la otra (la sociedad), y viceversa, en el devenir histórico de sus particularidades y en lo genérico.

Entonces, en estas sociedades occidentales modernas disciplinadas, ¿es dable plantearse la posibilidad de una elección racional de las conductas sociales centrada en el ego? ¿No será que éstas tienden, como se ha dicho, en última instancia a remitirse a actitudes de sus “agentes” (individuales y/o corporativos) desde un negado (o relegado) altercentrismo? ¿O, quizá, será que no se puede pensar una racionalidad de las conductas sociales egocéntrica sin remitirse explícita o implícitamente a su opuesto complementario: una racionalidad de las conductas altercéntrica?

Libertad y autonomía ¿versus? disciplinamiento.

Más allá que *libertad y autonomía* remitan a contenidos diversos que puedan por momentos tocarse en sus formas, lo cierto es que enfáticamente se los seleccionó como distinciones al disciplinamiento, siempre en el entendido que se trata de procesos que conforman unidades dialécticas en tanto uno no existe sin el otro y viceversa.

Heller (1991) plantea el valor de la *libertad* como fundamento para todos los niveles y espacios de la vida moderna, como disposición social de instancia de reciprocidad simétrica en el marco de la modernidad. Retomando a Kierkegaard (quien retoma su idea desde Hegel), la vida de cada sujeto particular adquiere significación en el “espíritu universal”, esto es, el ser genérico. De esta manera, la libertad del particular queda delimitada y

configura la libertad en tanto genericidad universal. Heller (1987) encuentra en esta disposición la pérdida de una forma de *“vida digna del hombre”*, en tanto superación de éste en su ser particular por el ser genérico.

Siguiendo de alguna manera este rescate de la libertad del ser particular planteada por Heller, desde el punto de vista de Sartre (1947) justamente una de las grandes críticas que al existencialismo se le hace y él defiende sostenidamente que hay mal entendimiento en ello es la sublimación de subjetivismo particular sobre la genericidad del ser. Sí desde el existencialismo se plantea que el destino de cada sujeto está en él mismo, en su acción, pero esto como punto de partida: *“pienso luego soy”* como verdad absoluta de la conciencia captándose a sí misma. La posibilidad de cada ser individual captarse a sí mismo permite una teoría de la verdad en tanto todo lo demás se torna probable y lo probable se hunde en la nada. Por ello, para definir lo probable resulta necesario poseer lo verdadero. Toda verdad absoluta está en la posibilidad de captar ese ser particular sin intermediarios. Con ello, plantea que se le da dignidad al sujeto, en tanto está al alcance de cualquier particularidad y lo quita del lugar de objeto. Esta verdad absoluta surgida del ser en sí de cada particularidad a través de su pensamiento, alega Sartre que implica ese vaivén donde uno mismo no sólo es descubierto sino que en ese movimiento descubre a los otros en sus particularidades.

Por el yo pienso, contrariamente a la filosofía de Descartes, contrariamente a la filosofía de Kant, nos captamos a nosotros mismos frente al otro, y el otro es tan cierto para nosotros como nosotros mismos. Así, el hombre que se capta directamente por el cogito, descubre también a todos los otros y los descubre como la condición de su existencia. Se da cuenta de que no puede ser nada (...) salvo que los otros lo reconozcan por tal. (Sartre, 1947: 40)

De esta manera, la verdad absoluta del ser particular encuentra su razón de ser y necesidad en la existencia del otro. El otro se convierte en un *“indispensable a mi existencia”*, tanto así como el conocimiento que se tenga de

uno mismo. Así, “*el descubrimiento de mi intimidad me descubre al mismo tiempo el otro, como una libertad colocada frente a mi*”, también pensante desde su particularidad. En esta confluencia es donde surge el mundo de la intersubjetividad, espacio donde el “el hombre decide lo que es y lo que son los otros”. (Sartre, 1947: 41)

En este sentido, el sujeto se hace al elegir su moral, la cual será una única por la presión de las circunstancias. Por ello, Sartre (1947) plantea que el *hombre* se define en relación con un compromiso, elección que no es gratuita ni fortuita, sino que está mediada por el pensar con inherencia al sujeto y por la moral como creación e invención humana. En este plano el sujeto es *libre* en su elección, tal como los otros, y más allá que su elección esté orientada hacia cuestiones que rozando la moral podrían ser catalogadas de “mala fe”, ésta no será tal si es guiada la elección por sus pasiones. La mala fe radicaría, así, en la imposición de determinismos que obraran contra la posibilidad de elegir libremente. El tono de la elección que se tome, moral o no, pasa por otras matrices que tendrán otras denominaciones, o mismo por un error de elección en el marco de la moral. Por ello, “la mala fe es evidentemente una mentira, porque disimula la total libertad del compromiso”. (Sartre, 1947: 59)

Cuando declaro que la libertad a través de cada circunstancia concreta no puede tener otro fin que quererse a sí misma, si el hombre ha reconocido que establece valores, en el desamparo no puede querer sino una cosa, la libertad, como fundamento de todos los valores. Esto no significa que la quiera en abstracto. Quiere decir simplemente que los actos de los hombres de buena fe tienen como última significación la búsqueda de la libertad como tal. (Sartre, 1947: 64)

La *libertad*, que se quiere por la libertad misma en el marco de cada circunstancia particular, depende por completo de la libertad de los otros, y la de los otros depende de la libertad de cada uno. Por ello, la crítica que se le formula al existencialismo sartreano sobre la preponderancia de la subjetividad individual cae por su propio peso en tanto si en el ser parti-

cular hay compromiso, hay libertad no sólo individual sino la libertad de los otros,⁶³ en esa dialéctica de lo particular y lo genérico: “Cuando en el plano de la autenticidad total, he reconocido que el hombre es un ser en el cual la esencia está precedida por la existencia, que es un ser libre que no puede, en circunstancias diversas, sino querer su libertad, he reconocido al mismo tiempo que no puedo menos de querer la libertad de los otros.” (Sartre, 1947: 65)

Para Heler (1996),⁶⁴ la *autonomía* conquistada es la que permite mantener en movimiento la crítica. Sin embargo, dicha autonomía es una capacidad, y como tal no surge como inmanencia de cada uno de los sujetos, ni se trata de una propiedad disponible a su uso, o que se recibe como un don. Implica poder en tanto hecho relacional generado en y para las interacciones de los individuos: “La autonomía consiste en el logro de una relativa capacidad de autodeterminación, de acción lúcida y apasionada, pero de una acción que es siempre interacción con otros (reales o virtuales)” (Heler, 1996: 3)

Por ende se conquista. Tal conquista implica la oposición del otro por conformar dispositivos de restricción de los campos de acción, que tienden a la heteronomía. Ésta última entendida por este autor en proceso de consolidación en un tránsito entre lo que sería la *sociedad disciplinaria*⁶⁵ a la *sociedad de control*.⁶⁶ Por sociedad de control se entiende a una intensi-

63 “...no puedo tomar mi libertad como fin si no tomo igualmente la de los otros como fin.” (Sartre, 1947: 65)

64 Este autor plantea el concepto de autonomía en el marco de la producción de conocimiento en el campo científico. Sin embargo, se creen sumamente pertinentes sus ideas, por lo que se intentará llevarlo a un plano más genérico de análisis para poder plantear la discusión como lo ha sido en relación a la libertad.

65 “El individuo no deja de pasar de un espacio cerrado a otro, cada uno con sus leyes: primero la familia, después la escuela (“acá ya no estás en tu casa”), después el cuartel (“acá ya no estás en la escuela”), después la fábrica, de tanto en tanto el hospital, y eventualmente la prisión, que es el lugar de encierro por excelencia.” (Deleuze, 1990: 5).

66 “Son las sociedades de control las que están reemplazando a las sociedades disciplinarias. “Control” es el nombre que Burroughs propone para designar al nuevo monstruo, y que Foucault reconocía como nuestro futuro próximo. ... No se trata de invocar las producciones farmacéuticas extraordinarias, las formaciones nucleares, las manipulaciones

ficación y generalización de los aparatos de normalización del poder disciplinario que motivan las acciones individuales cotidianas. A diferencia de la sociedad disciplinaria, ésta trasciende las instituciones sociales “*a través de redes flexibles y fluctuantes*”. (Hardt, Negri *apud* Heler, 1996: 4)

Para poder avanzar sobre el concepto de autonomía, Heler (1996) plantea distinguir conocimiento de saber. Se considera ésta apelación remite a la posibilidad de hacer discernimientos enmarcados entre sociedad disciplinaria y sociedad de control, y la mediación de la heteronomía en esta conjunción.

Saber resulta para este autor “*el resultado de la socialización y la experiencia*”, en una suerte de producción y reproducción de creencias, valores e ideales implícitos e interiorizados mediante repetición. *Conocer* implica una articulación sistemática de tal saber, en su capacidad de crítica, producido en la interacción con los otros tras exigencias estructurales de libertad e igualdad del “*ethos moderno*”. En este sentido, Heler (1996) vincula en su adecuación del saber a las hegemonías en procesos heterónomos de ser actuado, distinguiéndolo así de conocimiento vinculado a la autonomía como tal en el plano de la acción. En la medida en que el ser conoce logra una autonomía responsable en sus productos y la producción de los mismos.

La autonomía en la producción de conocimiento supone una reflexión crítica que permanezca en movimiento en cada uno de los momentos del proceso de producción, desde el diseño de una investigación o intervención científica hasta su desarrollo y aplicación. Tal vigilia parece cumplir su cometido en la lucha contra la siempre posible clausura del conocimiento, que requiere explicitar la compleja trama de relaciones que constituyen las prácticas científicas, así como enfrentar los obstáculos a la producción que pueden estar operando desde cualquier lugar de la trama. (Heler, 1996: 6)

genéticas, aunque estén destinadas a intervenir en el nuevo proceso. No se trata de preguntar cuál régimen es más duro, o más tolerable, ya que en cada uno de ellos se enfrentan las liberaciones y las servidumbres.” (Deleuze, 1990: 6)

Para este autor, plantear el concepto de autonomía desde esta perspectiva implica no sólo considerarla mediante cuestiones epistemológicas, sino también desde la *dimensión ética* y política. Con respecto a la dimensión ética, plantea la exigencia del postulado de “*la libertad e igualdad de y para todos*”, en tanto no pueden perderse de vista las desigualdades y opresiones estructurales que habilitan las prácticas científicas. Esta “*reflexión ética*”, se torna indispensable para la toma de decisiones científicas lo que sería “la mejor decisión posible”, deliberándose esta complejidad entre *respeto, reconocimiento y estima*: *respeto* de la igualdad de cada sujeto y la reciprocidad inmanente en ello; *reconocimiento* también recíproco de la libertad individual de un conocimiento crítico; *estima* en tanto se trata de “*sujetos de carne y huesos, hombres reales, con su historia y peculiaridades*” (Heler, 1996: 7) que en el proceso de aprehensión y en el trabajo de elucidación de sus productos “piensan lo que hacen y saber lo que piensan”. (Castoriadis apud Heler, 1996: 7): “Y en tanto el ideal de la autonomía ensambla con la exigencia de igualdad y libertad, de igualdad y libertad para todos, requiriendo realización en las circunstancias de desigualdad y opresión en que vivimos, la potenciación de la producción del conocimiento se enlazada con la conquista de una autonomía que abra espacios de autonomía en la sociedad.” (Heler, 2005: 7)

Estos planteamientos de autonomía encuentran sus puntos de conexión con la libertad como compromiso del ser individual y en esta doble conjunción la contradicción constante encontrada desde estos procesos en el marco de sociedades donde el disciplinamiento continúa con todas sus galas, donde hegemonía y heteronomía podrían condensarse como partes constitutivas de la alienación de los sujetos, tanto en sus singularidades como en su genericidad.

A diferencia del poder de las sociedades disciplinarias, donde es al mismo tiempo masificador e individualizador, “es decir que constituye en cuerpo a aquellos sobre los que se ejerce, y moldea la individualidad de cada miembro del cuerpo” (Deleuze, 1990: 7), aparece contrariamente un

poder que pudiera distinguirse del disciplinar. Un poder que tanto mediante el compromiso por la libertad como en la responsabilidad del conocimiento por la autonomía cada ser sí es parte constitutiva de su propia libertad y autonomía, pero que sin la presencia de los otros, éstas pierden cabida. Esos *otros* necesitan de libertad y autonomía para, recíprocamente, habilitar la autonomía del *nosotros*.

Para los fines de la presente investigación, se toma como base la *sociedad de disciplinamiento*, en el entendido que ahí radica hoy día, de todas maneras, los basamentos medulares de toda discusión con reales fundamentos teóricos, epistemológicos y éticos. La necesidad de crear una nueva forma titulada sociedad de control no implicaría más que eso, una nueva forma, una metamorfosis de aquella que en sus contenidos encuentra su ser y pensar constitutivo. Entonces, cuando Deleuze apela a que “las sociedades disciplinarias recientes se equipaban con máquinas energéticas, con el peligro pasivo de la entropía y el peligro activo del sabotaje”, se encuentra en él mismo la contradicción de por qué hoy día se estaría en sociedades de control, como superación de las anteriores: “las sociedades de control operan sobre máquinas de tercer tipo, máquinas informáticas y ordenadores cuyo peligro pasivo es el ruido y el activo la piratería o la introducción de virus. Es una evolución tecnológica pero, más profundamente aún, una mutación del capitalismo”. (Deleuze, 1990: 8) Tal contradicción se encuentra, justamente, en que si se trata de una mutación, lo que han cambiado son las forma, se ha metamorfoseado un tipo de sociedad con un rótulo específico en lo discursivo, pero en sus contenidos se mantienen las transversalizaciones medulares que permiten su supervivencia: instituciones, dispositivos, técnicas, tácticas, estrategias y tecnologías.

Dicho esto, además, permite retomar la idea mencionada sobre libertad y autonomía, en tanto posibilidad de superación de los constreñimientos desde los seres individuales en relaciones recíprocas y constantes entre éstos y entre este ser particular y ser genérico. Lo que sí se comparte con Deleuze es que se está en el *principio de algo*; a lo que le agregaría, en sus formas, no en sus contenidos.

Lo que importa es que estamos al principio de algo. (...). En el régimen de las escuelas: las formas de evaluación continua, y la acción de la formación permanente sobre la escuela, (...), la introducción de la “empresa” en todos los niveles de escolaridad. En el régimen de los hospitales: la nueva medicina “sin médico ni enfermo” que diferencia a los enfermos potenciales y las personas de riesgo, que no muestra, como se suele decir, un progreso hacia la individualización, sino que sustituye el cuerpo individual o numérico por la cifra de una materia “dividual” que debe ser controlada. En el régimen de la empresa: los nuevos tratamientos del dinero, los productos y los hombres, que ya no pasan por la vieja forma-fábrica. (Deleuze, 1990: 9)

En estas sociedades occidentales modernas, donde los contenidos disciplinares ejercen poder fundamentalmente desde el saber, instituciones medulares mediante, resulta una encrucijada difícil como para encontrar una salida. Algo se mencionó a través de la libertad y la autonomía, sabiendo que resultarían espacios a no perder, o más bien, conquistar mucho más aún.

No se trata de polaridades, se insiste una vez más en ello, más allá que en el título de este punto aparezcan como tal, sino que hacen a aspectos a analizar que configuran una complejidad que hace a las sociedades de hoy día, a los seres que las *padecen* y las *crean*, desde lo individual y lo genérico, donde se es productor y producto en esta procesualidad.

Cuando las conductas marcan la diferencia.

En este punto se intentan condensar hilvanadamente aspectos que se han venido trabajando hasta el momento, de manera de transversalizarlos con dos mediaciones que se consideran específicas para el rodeo en cuestión: vida cotidiana y proyecto. La historia de vida, vida cotidiana y proyecto, como categorías ontológicas de análisis, se consideran partes constitutivas del proceso de exteriorización de lo interno e interiorización de lo externo. Cómo se percibe y se es percibido, individual y colectivamente,

marca una diferencia, no sólo en el plano abstracto de la percepción, sino en el plano concreto de la acción, lo que en la presente investigación sería la medicación con psicofármacos de una niñez con “problemas conductuales”.

Tal como plantea Galende (2008), lo social y lo cultural son partes constitutivas de la *interiorización* de los sujetos como personas concretas, siendo cultura y sociedad “formas prácticas de existencia de la subjetividad”. Y, a su vez, son *exteriorizaciones* de tales singularidades, en tanto hacen a productos y devenir de hombres y mujeres concretos que viven y construyen estas sociedades. En estas sociedades, la subjetividad resulta una parte constitutiva y esencial, en tanto no se halla dentro ni fuera del sujeto, ni en la cultura, ni en la sociedad, sino que atraviesa cada uno de sus puntos, está dentro y fuera. Por ello adquieren especial relevancia el lenguaje y los discursos, como se ha visto, ya que remiten a condicionamientos, preconfiguraciones, distorsiones posibles de la subjetividad: “De ella dependemos para tratar de entendernos, en la lengua que utilizamos, en los significados que construimos, en las interpretaciones de los gestos y comportamientos mutuos, en los sentimientos que comprendemos en el otro porque son también los nuestros.” (Galende, 2008: 21)

Más allá Heller (1987) se refiera a procesos de objetivación, y como post-marxista reniega de lo subjetivo, se considera que sus planteamientos resultan sumamente relevantes para la comprensión de la vida cotidiana. ¿Por qué se plantea nuevamente este punto? Porque justamente esta autora va a referirse al sistema de hábitos y usos del lenguaje como el nivel de la objetivación, cuando precedentemente con Galende se lo reconoció como partes constitutivas de la subjetividad, y como posteriormente se verá con Sartre que también refiere a los aspectos subjetivos como esencialidades para trascender objetividades donde no la habría. En este juego constante de formas y contenidos, se hace hincapié en que se está remitiendo siempre a los mismos contenidos que han venido guiando la lógica de análisis y exposición de esta investigación; van cambiando algunas de las formas en la que éstos se presentan, tanto en el *plano del ser* como en el *plano del pensar*.

Se han planteado precedentemente cuestiones como emancipación, li-

bertad, disciplinamiento, instituciones, dispositivos, entre otros. Median-do lo abstracto y lo concreto dependiendo de cada una de tales determi-naciones, todas éstas se materializan de una u otra manera en el plano del ser, lo que sería, la vida cotidiana de sujetos singulares de una sociedad y en ésta en su genericidad.

La vida cotidiana es el conjunto de actividades que caracterizan la re-producción de los hombres particulares, los cuales, a su vez, crean la posibilidad de la reproducción social. Ninguna sociedad puede existir sin que el hombre particular se reproduzca, así como nadie puede existir sin reproducirse simplemente. Por consiguiente, en toda sociedad hay una vida cotidiana y todo hombre, sea cual sea su lugar ocupado en la división social del trabajo, tiene una vida cotidiana. (...). La repro-ducción del particular es reproducción del hombre concreto... (Heller, 1987: 37)

Este espacio de la vida cotidiana resulta el preciso para que tales par-ticulares se reproduzcan a sí mismos en tanto *individuos*. Esta distinción que Heller realiza con precisión remite a una de las formas en que la repro-ducción de la vida cotidiana adquiere mayor relevancia: la *autoconciencia*, mediada ésta por la *ideología*. Todo hombre *es ser particular*, se identifica espontáneamente con el sistema de hábitos y exigencias que le van permi-tiendo la *autoconservación* en su contexto, “que hacen de su vida algo lo más “cómodo” y falto de conflictos posible”. (Heller, 1994: 79) Sin em-bargo, no todo *particular es individuo*, en tanto que el segundo ha logrado superar la cotidianeidad y mediante su *autoconciencia* logra trascender a través del pensamiento, *ideología* mediante, las concreciones particulares de la especie y reproducirlas en la genericidad.

El ser particular queda constreñido en su *alienación* en la reproducción sistemática de las prácticas genéricas interiorizadas como propias, en su capacidad o incapacidad de jerarquizar por sí mismo las formas de activi-dad. Por ello, para este ser particular (“hombre medio” le llama también Heller) la conciencia humana, su especificidad como parte constitutiva de

una especie, no son más que sustancializaciones invisibles. La alienación le quita su propia esencia genérica, quedando reducida su ésta a un mero instrumento de su existencia:

Llamamos individuo a todo ser particular para el que la propia vida ha pasado a convertirse conscientemente en objeto. Y ello precisamente por tratarse de un ser capaz de asumirse conscientemente como miembro de una especie. (...). El individuo es un particular que “sintetiza” en sí mismo la singularidad casual de su individualidad y la generalidad universal de la especie. (Heller, 1994: 80)

Cada ser es a la vez único y universal en tanto miembro de una especie. El particular en su singularidad se comporta tanto en relación a su singularidad como a las formas de objetivación propias de la universalidad de la especie: “Todo hombre, todo particular, tiene una conciencia del yo, como tiene una determinada noción de su propia pertenencia a una especie. Pero sólo el individuo posee autoconciencia. La autoconciencia es, pues, la conciencia del yo mediada por la conciencia de la especie.” (Heller, 1994: 80)

El ser particular reproduce en su espontaneidad cotidiana los hábitos, valores, formas de expresión; el individuo, sin embargo, “dirige su vida en orden a una concepción del mundo”⁶⁷ (Heller, 1994: 82) a través de una ideología individualizada. Ésta apunta a una transformación consciente o conservación (dependiendo del individuo) de la realidad. Sólo los individuos son capaces de una conducción consciente de la vida.

La *reproducción* del particular en la vida cotidiana implica que todo ser que nace lo hace en un mundo ya existente, independientemente de éste, que lo trasciende, que ya se halla constituido. El ser debe tener la *capacidad vital* de *autoconservarse* en el mismo, apropiándose de pautas y valores que le per-

⁶⁷ “La concepción del mundo no es simplemente ideología; es, además, una ideología individual; es la imagen del mundo –construida, en ultimo término, con la ayuda de conceptos filosóficos, éticos- con la que el particular ordena su propia actividad individual en la totalidad de la praxis. En esa medida... asume la vida cotidiana del individuo un carácter filosófico...” (Heller, 1994: 81)

mitirán “conservarse exactamente en el modo necesario y posible en una época determinada en el ámbito de un estrato social dado”. (Heller, 1987: 42)

Este punto en cuestión es trascendental para el objeto en proceso de delimitación, por un lado, por las apropiaciones singulares que los sujetos realizan, por el otro, por lo que se exige desde un saber/poder como conducta homogénea a poblaciones enteramente disímiles en estas formas de autoconservación, apropiación y jerarquización de su vida cotidiana. El ámbito de un estrato social dado y éste trascendido hacen a la complejidad de situaciones familiares, contextuales, que repercuten en la vida cotidiana de cada uno de los particulares que la componen, y en los procesos de interiorización de lo externo. Cómo el saber médico procesa esta información no trascendiendo lo fenoménico es una cuestión que se entiende por la lógica de apropiación de dichos especialistas, a partir de su propia singularización y vida cotidiana, mediada por una disciplina que justamente se encarga de disciplinar cuerpos-mentes.

Actualmente vivimos él y yo acá, solitos. En xxx quedan los hermanos y el padre. Ya me vuelvo a xxx, acá se me hizo muy difícil, estoy sin trabajar, estoy alquilando y nos están por echar y quedamos en la calle. El nene está más inestable, al menos allá tiene al padre y sus hermanos, va para una escuela que nos queda a una cuadra. Me vine en febrero para mejorar y fue peor. Él no conoce a nadie acá. Para él fue nuevo todo acá, viene a una escuela extraña, cambié de pareja y me quedé sin él, la medicación se la tuvieron que aumentar, aparentemente hay que medicarlo más para que baje un poco más las revoluciones, porque se pega solo, está bastante más difícil. Acá tuve entrevistas de trabajo, bastante, pero sólo tuve unas limpiezas hace poco. El con su papá nunca se dio mucho, no le dio por verlo. (Entrevista a madre de niño de 6 años medicado ECSCC)

Mi pareja, que no es el papá de mi hijo, mi otro hijo de año y medio y el hijo de mi pareja de 20 años. Somos 5. Es como un rejunte. (Entrevista a madre de niño de 14 años medicado colegio privado)

- Vivo con mi madre, mi padre y mis hermanos. Mi padre trabaja en xxx. – ¿Tu lo ayudas en el trabajo que hace? – (silencio) – ¿Cómo lo ayudas? - Cargando leña. (Entrevista a niño de 11 años medicado ECSCC)

Con mis hijos, yo y otra pareja que yo tengo ahora porque con el padre de ellos me dejé hace tiempo. Las cosas en la familia cambiaron mucho en estos últimos meses. Pero yo veo que el padre le toca mucho la cabeza. Y lo ve y le toca la cabeza él. Porque está preso, pero de eso está acostumbrado a verlo. Entonces el niño está agresivo, yo sé que es por eso. Y yo le dije a la Maestra qué fue lo que pasó con el padre y ella me dijo que capaz que por eso había cambiado. No sé, algo raro hay. (Entrevista a madre de niño de 6 años derivado a medicar ECSCC)

- Son 7 niños y dos mayores. Yo no estoy con el padre de ellos, porque yo tuve muchos problemas con el padre. Por eso fue todo lo de ellos, porque como el padre me pegaba y todo eso, como que ellos vieron todo eso, y ellos escucharon, y ahí empezó todo el problema. Como veían que el padre me pegaba ellos se pegan entre ellos. Y yo les digo que eso no es así. Pero ahora podrían estar mejor, porque con la pareja que estoy ahora no me ha pegado ni nada. – ¿La Maestra sabe eso que les pasó? – Sí, sabe sí. Yo le conté todo, porque yo no le miento, para que le voy a mentir si es verdad. – ¿La psiquiatra también? – Sí. – ¿No tomaron eso para la situación de los chiquilines? – No. Por eso te digo, más fácil darles esa pastilla. Y hay días que a la médica no los puedo llevar porque no tengo plata, yo tengo 7 gurises, ta, mi marido me ayuda, no será el padre de ellos pero ayuda, porque ha ido conmigo a todos lados. Hasta al BPS, porque ellos cobran asignación doble por el problema de ellos, eso la psiquiatra me mandó, “al menos es una solución más” me dijo, y ahí hizo un informe con lo que les pasa a ellos y ta. – ¿Qué puso en el informe? ¿Te dijo? – Ah no, porque me lo hizo llevar allá y cerró el sobre y todo. (Entrevista a madre de niños de 8, 9 y 10 años medicados ECSCC)

La *reproducción* del particular es siempre reproducción de un ser histórico, de un particular en un momento concreto. Por ello, en la apropiación y autoconservación deben los particulares aprender a “usar” las cosas del mundo en el que nace, lo cual ocurre “naturalmente”.⁶⁸

La apropiación de las cosas, de los sistemas de usos y de instituciones no se lleva a cabo de una vez por todas, ni concluye cuando el particular llega a ser adulto... Cuanto más dinámica es la sociedad, cuanto más casual es la relación del particular con el ambiente en que se encuentra al nacer, tanto más está obligado el hombre a poner continuamente a prueba su capacidad vital, y esto para toda la vida. (Heller, 1987: 43)

La posibilidad de cambio siempre está presente, más aún en la edad adulta. Esto trae consigo, en el objeto que nos convoca una doble relación: por un lado, la imposición de conductas ajenas que tienden a una normalidad hegemónica por una medicación “de contexto” (en aquella dualidad planteada en torno a qué se entiende por enfermo) puede generar el efecto adverso en este proceso de autoconservación en la vida cotidiana, ya que el saber médico y su cientificidad lo hace desde un lugar de apropiación muy distinto cuando de niñez de contexto socio-cultural crítico se trata; la masividad de la medicación en un proceso de unicidad de respuestas las más de las veces ante manifestaciones similares en sus formas pero con contenidos diversos puede dejar fuera de un apoyo terapéutico certero a un particular que en su procesualidad, con apoyo de la medicación, pudiera superar su situación inicial. En estos aspectos, ha habido diversas respuestas desde el saber médico, de *individuos* conscientes y autoconscientes en algunas, de *particulares* reproductores de pautas hegemónicas en otras muchas.

68 Un ejemplo claro que la autora plantea para dar cuenta de este aspecto lo hace en relación a que para reproducirse en su singularidad un indio de América debía aprender a reconocer las huellas o si no le esperaba la muerte; el hombre moderno corre el riesgo de sufrir accidentes si no aprende a cruzar la calle.

Hay que evaluar también el contexto, si hay situaciones de violencia, de maltrato, si está atravesando por un duelo, hay que irlo evaluando; y no va aparecer la distracción en un momento de stress, hay ciertas cosas en el entorno, en la historia de ese niño que nos orientan. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Está de moda, es el diagnóstico de los Maestros. Pienso que ahí hay una hipertrofia, que se diagnostica de más. No todos los niños son iguales, unos más inquietos que otros. Creo que es una labor ahí del Pediatra de cabecera contribuir con el educacionista en ubicar qué es lo que tiene exactamente el niño para llegar a un diagnóstico preciso. Porque el médico lo ve un instante, un poco escucha el relato de la madre, pero el educacionista pasa muchas horas con ellos y en una actitud colaborativa podría precisar un diagnóstico con una tacha menos que de déficit atencional. (Entrevista a Director Hospital MSP)

Pero ese nene es normal, es inquieto. Entonces, como todo en la vida, es un tema de grados. Si vos sos tan inquieto que no logras atender ni tener amigos, eso es un déficit atencional, pero que seas inquieto porque no hagas lo que te dicen los demás eso no es un déficit atencional. (Entrevista a Pediatra MSP)

...los principales motivos por los cuales consultan los padres, los Maestros, en general, a nivel de las zonas más desfavorecidos hay consultas por problemas de conductas, pero en otros contextos también hay consultas por problemas de conducta. Problemas de conducta quiere decir, ahí sí, problemas externalizados, que se visualizan: la agresividad, la inquietud y todas esas cosas. Ese es el motivo por el cual se consulta a los especialistas, o los Pediatras, sin embargo, en el estudio muestran mucho más peso los problemas que nosotros llamamos internalizados, que se vinculan mucho más a la ansiedad y a la depresión. Así que eso es bien para tenerlo en cuenta. Y te vuelvo a decir, niños inquietos pue-

den no ser portadores de déficit atencional sino tener otros problemas. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Todos aprendemos si podemos dedicarle un tiempo “razonable” para aprender algo nuevo. Cuando ese período, por una patología, está cortado, el niño va a tener dificultades no solamente en el aprendizaje escolar, sino que va a aprender otras conductas sociales, porque es un niño inquieto, es un elemento de distorsión familiar, porque está el niño justamente en movimiento y ese movimiento, ese no poder controlar... te hablo de cuando son patologías. Porque vienen muchas madres con ese diagnóstico, muchas Maestras con ese diagnóstico y en realidad cuando se estudia el niño la falla que provocaba la alteración de la conducta no era por un problema orgánico. (Entrevista a Pediatra MSP)

...tiene toda esta sintomatología de no poder estar quieto, no aceptar límites, no aceptar penitencias. Porque les es imposible estar quietos. Aparece la distracción, que es muy importante. Porque a veces sólo se medica para la distracción, no hay inquietud pero se medica para la distracción, y la prueba diagnóstica terapéutica es que mejoran. Y lo más grave es que evoluciona en un trastorno de conducta y en un consumo posible de sustancias. El déficit atencional combinado, por ejemplo, con agresividad en el niño, ya desde los 3, 4 años, en la edad escolar es donde mejor haces el diagnóstico del déficit atencional con agresividad, y que es la sustancia que no tienen a nivel de neurotransmisores. Cortas el síntoma, porque es una inquietud, no para quieto, porque a los 6 años lo empiezas a medicar cuando empieza la escuela, no puede esperar turno, no se puede integrar en un grupo, y el trastorno de conducta ya está y el niño es rechazado, cantidad de cosas. Hay gente que se los da hasta en la casa, y obvio, si ni lo aguantan. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Una vez que ese niño/a ha crecido, luego de haberse apropiado de los usos del mundo más inmediato que le ha tocado en suerte, y dependiendo en la población concreta cómo la medicación incidió en su historia de vida,

tendrá varias ocasiones de elegir por sí mismo su ambiente directo, ya sean amigos, trabajo, familia de descendencia, barrio, etc., podrá así “escoger un “pequeño” mundo suyo relativamente nuevo (aunque dentro de los límites precisos más o menos amplios).” (Heller, 1987: 44)

En ese proceso de formar su mundo, el sujeto se va formando también a sí mismo. Heller utiliza el término “formar” en tanto entiende que en la peculiaridad de las actividades cotidianas, la interiorización casi adaptativa de ese mundo es una condición esencial. Este formarse va deviniendo desde la niñez, siendo en la adultez cuando la apropiación y autoconservación se han naturalizado de tal manera que tiene las posibilidades de trascender ciertos ordenamientos y relaciones vinculares.

En la vida cotidiana se expresa no solamente el modo por el cual yo he aprendido de mi padre ciertas reglas de vida fundamentales, sino también el modo en el que yo las transmito a mi hijo. Yo soy representante de aquel “mundo” en el que otros nacen. En mi educar repercutirán también mis experiencias personales, cuando comunico mi mundo, expreso también estas experiencias, cuando “transmito” mi mundo, contemporáneamente me objetivo también a mí mismo en cuanto me he apropiado ya de este mundo. (...) Cuando decimos que el particular se objetiva en la vida cotidiana, debemos, una vez más, hacer una precisión: el particular forma su mundo como su ambiente inmediato. La vida cotidiana se desarrolla y se refiere siempre al ambiente inmediato. (Heller, 1987: 47)

La forma de apropiación y autoconservación es tan singular y diversa como cada sujeto en su unidad. Las manifestaciones conductuales requieren su trascendencia de lo fenoménico para ser comprendidas en sus esencias, más si de niños y niñas se trata, donde la palabra en las más de las veces es superada por el acto (violento o al menos “desajustado” en estos casos). Comprender no sólo el texto del discurso en palabras y hechos, sino también el contexto resulta primordial.

Trastornos de conducta vienen a montones de las zonas de los asentamientos, y ahora están consumiendo y bueno, hay gente bien, madres trabajadoras, que están estudiando Bellas Artes o Psicología, y estudian, se ocupan, o sino van a estudiar al CCZ. Además, lo que es importante es que vienen y te dicen que les sirvió para arreglar su casa, aprovecharon los trabajos que les dieron. Y hay otras madres que las ves muy deficitarias, muy agresivas, que hay que tenerles una paciencia. Todos llegan a mí, más varones que niñas, pero la mayoría llega por trastornos de conducta, por inquietud, falta de límites, la mayoría están con los padres separados y el padre no aparece y él está con la autoestima por el piso y eso colabora a que marchen mal, tienen que estar disponibles para el aprendizaje, una estabilidad, pero cuando las madres se preocupan, en general los gurises están marcando límites, a pesar que están solas. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Supongo que problemas en el hogar, económicos, de relacionamiento entre los padres, disturbios de los hermanos, que no tienen un lugar, un espacio físico para estudiar, para divertirse, y viene a la escuela y tratan de buscar ese lugar que no tiene en la casa y a veces tampoco lo encuentra y cambia de actitud. Y se le pide a la familia que le preste atención al niño, que le pregunten cómo estuvo en la escuela, que haya un rato en la familia en la casa y que conversen, que el niño se sienta atendido, contenido. (Entrevista a Maestra ECSCC)

Los factores pueden ser factores emocionales. Les pedimos que traten de conversar más con sus niños, a veces ya no hay esa relación que había antes entre niños y padres, los padres muchas veces tienen que salir a trabajar y no tienen un espacio de atención que necesita el niño, que muchas veces vemos nosotros que piden que los atiendan constantemente. Vienen demandantes y que los atiendan a ellos. Y nos dedicamos, pero eso lo tendrían que hacer los padres, ayudaría, leerles cuentos, hablarles, para no tener que medicarlos. (Entrevista a Maestra colegio privado)

No sé, porque hay otras cosas que influyen también en conducta, a veces hay situaciones familiares muy embromadas de nuestros niños. Que si tu sacaras a ese niño de ese contexto y lo pusieras en un hogar normal, bien constituido, con papá y mamá que trabajen, yo no sé si los problemas de conducta no son hoy más de corte social que de corte clínico, genético, o enfermedad. Hay niños que están inquietos, vamos a descartar lo más fácil que es la parasitosis, hay muchas causas, y las sociales son las más complejas. (Entrevista a Directora ECSCC)

Me han llegado varios alumnos con “trastornos”, etiqueta, nunca te aclaran mucho los padres pero yo voy deduciendo a través de lo que ellos me cuentan quien los vio, quien no los vio, quien los diagnosticó y quien no. El primero que me llegó fue por la abuela, que estaban desesperados, porque le iba horrible en el liceo, estaba teniendo problemas dentro de la clase, en la casa, ya venía de niño tratado por ADHD, o sea que estaba medicado desde chico. A mi no me decían nada. Vinieron los padres y me hicieron todo un planteo como que el chiquilín era casi el enemigo y claro, en plena adolescencia, son un poco el enemigo. (...) Y le daban la medicación sólo para el tiempo escolar, no para las vacaciones, o sino, los padres se la daban cuando molestaba un poco para que no molestara. (Entrevista a Docente de apoyo ámbito privado)

Tiene que ver con un gran desborde de todas estas cosas, que requieren temas más profundos, de fondo, del trabajo con los límites, de sensibilidad, de las pautas que serían criar un hijo, marcar un poco parámetros que están perdidos. En Pediatría sabemos que cuando surgen problemas en el niño de este orden, no son del niño, son manifestación de otro problemas de fondo que van por el lado del entorno social y familiar. Entonces ellos, pobres... es eso que se dice que siempre salta por el lado más débil. Entonces, deberíamos trabajar en lo familiar y en lo social para que disminuya toda esta situación. (Entrevista a Pediatra MSP)

Todo aquello cuanto el individuo se apropia en el transcurso de su historia, lo hace en su vida cotidiana, ya sean afectos, modos de comportamiento, todo aquello que implique el mundo “entero” para ese particular concreto. En la vida cotidiana, en la actividad con que se “forma el mundo” y la actividad con la que se “forma uno mismo” son coincidentes: “La fisonomía específica del particular, la estructura fundamental de su personalidad llegan a ser a través de la apropiación de la respectiva socialidad concreta, a través de la participación activa de ésta”. (Heller, 1987: 49)

En esta apropiación del mundo, en la producción y reproducción de la vida cotidiana, en la autoconservación, en la trascendencia del ser particular a individuo, se pueden visualizar ideas de Sartre en relación a la historia de vida (biografía le llama el autor) y el proyecto como condensación de dicha historia y, se entiende, por la vida cotidiana del sujeto:

Producto de su producto, hecho con su trabajo y por las condiciones sociales de la producción, el hombre existe al mismo tiempo en medio de sus productos y provee la sustancia de los “colectivos” que le corren (...): el niño no sólo vive a su familia, sino también –en parte a través de ella, en parte solo- el paisaje colectivo que le rodea; y también se le revela la generalidad de su clase en esta experiencia singular. (Sartre, 2000: 69)

Uno de los Pediatras entrevistados condensa en su discurso la complejidad de esto que aquí se plantea, refiriéndose la población de “contexto socio-cultural crítico” con la que trabaja desde su lugar en el Centro de Salud y en la singularización de la medicación con psicofármacos en la niñez:

La población donde yo trabajo en salud pública es generalizada como un medio bastante bajo. Pero, dentro de eso, creo que hay diferentes niveles. Es verdad que nuestra población tiene muchos problemas, si bien toda la sociedad está sufriendo en diferentes niveles socio-económicos muchos problemas de abandono de un tipo o de otro, y un montón de crisis de valores, de familias fraccionadas, divididas, en nuestra población, en las

condiciones que viven, ciertas faltas de apoyo, entonces parecería que la forma de compensar toda esa falta es medicar. Y uno a veces los ve tranquilitos y en realidad a mi me preocupa cuando están muy tranquilitos. El tema es que sin duda deben sentirse los médicos psiquiatras por los problemas de fondo enormes que hay que no pueden solucionar. Sin duda la medida no es medicar para solucionar el problema, pero a veces compensa ese caos de una Maestra que no puede con veinte que estén haciendo cualquier cosa dentro de la clase, entonces viene ese chaleco farmacológico para calmarlo. Esa es una de las percepciones que uno puede tener. Cuesta creer que haya empeorado tanto o que haya más patología psiquiátrica en los niños, o que requieran de psicofármacos, pero lo cierto es que los problemas sociales y el deterioro en todas estas cosas que decíamos creo que favorecen a que los Psiquiatras necesiten cortar ese ciclo. La desestructuración de la familia, en nuestra población son generalmente monoparentales, de madres que se encargan de todo, madres jóvenes, violencia doméstica con cierta frecuencia, son como cargas y factores que hacen que hayan muchas dificultades, y además se han generado determinadas generaciones que han perdido hábito de trabajo y a veces de cosas sencillas de la actividad doméstica, de cosas que no han vivido en generaciones sucesivas de lo que significa la vida en una casa, de aprovechar recursos, están medio como en la vida sin raíces, sin modelos a imitar, entonces van cayendo los hijos medio como de la nada, no muy programados y se va llevando. (...) Se han perdido cosas que son señales, que forman parte de otra cosa, de otros valores o hábitos que permiten a la gente tener un marco de sostén y desarrollarse como personas, que ya al fallar un poco esos padres son generaciones que van generando la misma situación, por eso es tan valioso el trabajo que desde los distintos ámbitos se puedan hacer, que parecen detalles, pero son fundamentales... Eso para mí es un trabajo de hormiga que hay que hacer mucho desde lo macro pero también desde lo micro, desde lo chiquito, de cada familia, de cada grupo, enseñar cosas que se han perdido. Dignificar a la persona, mejorar su autoestima, que no acepten las cosas como vienen, porque no cuestionan. (Entrevista a Pediatra MSP)

Se reconoce así la dialéctica de lo subjetivo y de lo objetivo, de la necesidad conjunta de *interiorización de lo exterior* y de *exteriorización de lo interior*. Lo subjetivo resulta un momento necesario en el proceso objetivo, y en esta procesualidad, “sentir ya es superar hacia la posibilidad de una transformación objetiva”: “Así lo subjetivo mantiene en sí a lo objetivo, que niega y que supera hacia una nueva objetividad; y esta nueva objetividad con su título de objetivación exterioriza la interioridad del proyecto como subjetividad objetivada.” (Sartre, 2000: 81)

Esto implica la condensación y superación de lo vivido como parte constitutiva en el proyecto como proceso de totalización.

Son chiquilines que no estarían respondiendo a los “estándares normales” y las expectativas familiares. Y los padres te dicen que les molestan, que no están pudiendo con sus hijos, que nos los aguantan. Acá está pasando algo con nosotros, con los padres, y estos niños están quedando etiquetados. Son todos niños con problemas, nadie se cuestiona qué pasa en casa que mi hijo está actuando así, no se lo pueden ni cuestionar, hay como una herida narcisista muy fuerte. Hay cosas que nosotros ponemos en nuestros hijos que cuando nos damos cuenta que son personas distintas a nosotros mismos ahí aparece el conflicto, entonces uno tiene que estar dispuesto a escuchar y a escucharse. El decirle “papito” y “mami” al niño. ¿En qué lugar lo estás poniendo? “Mami veni”, no es tu hija, no es tu padre. Las palabras tienen sus significados, sus contenidos, es el lugar que les vas dando, con el nombre, la etiqueta. O decisiones que se les hace tomar a los niños, hay cosas que no se les pregunta, uno como adulto toma la decisión y si después se equivoca se equivoca. Punto, si te equivocaste chau, lo podrás o no enmendar, puedes reconocerlo, se va construyendo de a poco, pero el manual lo pierden al nacer. (Entrevista a Docente de Apoyo del ámbito privado)

Con la incorporación del proyecto como superación, Sartre introduce un abanico de posibilidades para el análisis y la intervención en lo social.

Todo particular puede superar las condiciones en que se halla, por más ínfimas que éstas parezcan. Es parte constitutiva de la especificidad del acto humano la superación de su mundo tomando como base las condiciones dadas:

...el hombre se caracteriza ante todo por la superación de una situación, por lo que logra hacer con lo que han hecho de él, aunque no se reconozca nunca en su objetivación. (...) hasta la más rudimentaria de las conductas se tiene que determinar a la vez en relación con los factores reales y presentes que la condicionan y en relación con cierto objeto que tiene que llegar y que trata de hacer que nazca. (Sartre, 2000: 77)

Sartre (2000) define así una doble relación: con lo dado, donde la praxis es negatividad (negación de la negación); con el objeto a alcanzar, donde la praxis es positividad que desemboca en lo que nunca ha sido aún. Por ello la cuestión del proyecto como fuga y salto:

El proyecto, que es al mismo tiempo fuga y salto adelante, negativa y realización, mantienen y muestra a la realidad superada, negada por el mismo movimiento que la supera; así resulta que el conocimiento es un momento de la praxis, aún de la más rudimentaria; pero este conocimiento no tiene nada de un Saber absoluto: definida como está por la negación de la realidad rechazada en nombre de la realidad que tienen que producirse, queda cautiva de la acción que ella ilumina, y desaparece con ella. Es, pues, perfectamente exacto que el hombre es el producto de su producto. (Sartre, 2000: 78)

Todo *proyecto* es concebible en relación al *campo de sus posibles*, lo que implica lo que el sujeto es, lo que puede y recíprocamente cómo le restringen o amplían las condiciones materiales de existencia: “El campo de los posibles es así el fin hacia el cual supera el agente su situación objetiva. (...). Pero por muy reducido que sea, el campo de lo posible existe siempre...” (Sartre, 2000: 79)

Resulta fundamental tener en cuenta este planteamiento sartreano de que, por más reducido que sea, el *campo de los posibles* siempre existe. Así, en situaciones donde se da “por perdido” un niño o niña por su entorno territorial, por su familia, por su singularidad en constante movimiento, se le está restringiendo desde el saber/poder el campo de los posibles. Tanto para la realización de los diagnósticos y fundamentalmente los augurios de los pronósticos, médicos, Maestros y diversos técnicos referentes de las instituciones disciplinadoras no deberían perder de vista este campo de los posibles inherente a la condición de sujeto en sociedad.

En este proceso de ampliación del campo de los posibles del proyecto individual el sujeto se objetiva y contribuye a hacer la Historia, en ese vaivén entre lo particular y lo genérico, en lo biográfico en su superación y proyección hacia delante. De esta manera, el proyecto, ese que remite a una singularidad, adquiere una realidad que lo trasciende como tal (posiblemente en su propio desconocimiento) y que incluye en el curso de los acontecimientos del genérico. A esto Sartre lo denomina como *desdoblamiento*, en tanto se halla por un lado la acción singular subjetivada y una colectividad como porvenir real y permanente.

...todo hombre se define negativamente por el conjunto de los posibles que le son imposibles; es decir, por un porvenir más o menos cerrado. (...) Y lo posible más individual es la interiorización y el enriquecimiento de un posible social. (...) Todo cambia si se considera que la sociedad se presenta para cada cual como una perspectiva de porvenir, y que este porvenir penetra en el corazón de cada cual como una motivación real de sus conductas. (Sartre, 2000: 81)

Para Sartre resulta medular el tema de la infancia y cómo a través de ésta se va interiorizando lo externo, que hace a una familia, a un espacio territorial, a una clase social, a un tiempo histórico, a las instituciones que lo transversalizan: “(La infancia) que fue a la vez aprehensión oscura de nuestra clase, de nuestro condicionamiento social a través del grupo familiar y una superación ciega, un torpe esfuerzo para arrancarnos de ella, acaba por

inscribirse en nosotros como carácter.” (Sartre, 2000: 88)

En esta etapa se aprenden gestos, se internalizan funciones que en el devenir de la historia individual van generando contradicciones que constriñen, que “desgarran”. En esta praxis, “superar todo eso es también conservarlo”. (Sartre, 2000: 84) Este carácter que se va conformando en la infancia con los aprendizajes de la especie (en sus momentos singulares, particulares y universales), manifiesta las interiorizaciones predichas en exteriorizaciones que no siempre son las “deseadas” por el mundo adulto hegemónico: “El sentido de una conducta y su valor sólo se pueden aprehender en perspectiva con el movimiento que realizan los posibles al mostrar lo dado. El hombre, para sí mismo y para los demás, es un ser significativo, ya que nunca se puede comprender ni el menor de sus gestos sin superar el presente puro y sin explicarlo con el porvenir.” (Sartre, 2000: 123)

Cuando las conductas marcan las diferencias de los sujetos en su infancia, la restricción del campo de sus posibles por tal visualización externa constriñe y hace cada vez más reducido el proyecto, que es tanto individual como colectivo genérico. La línea demarcatoria entre el campo de los posibles y lo que serían las *voluntades*⁶⁹ a veces es tan difusa, que un agente externo que se cree con el saber de restringir o ampliar tal o cual lo que está haciendo es ejercicio de poder, más allá no sea bajo el discurso del bien colectivo y hasta del beneficio concreto del directamente implicado.

69 “...entidad abstracta, aunque pueda estar revestido por una forma voluntaria en ciertas circunstancias.” (Sartre, 2000: 119)

II.3) Siglo XXI moderno y disciplinado. Medicalización como contenido de una de las formas contemporáneas de disciplinamiento.

En lo impensable de una época está todo aquello que no puede ser pensado si faltan las disposiciones éticas o políticas que inclinan a tomarlo en cuenta y en consideración...

(Bourdieu *apud* Bentura, 2006: 21)

Medicación con psicofármacos como nueva forma de disciplinamiento.

Resulta necesario comenzar a reconocer el disciplinamiento hoy día en lo genérico y como continuidad de entenderlo en sus formas; en tanto se considera que los contenidos se siguen visualizando a través de la razón instrumental. Se sostiene que se mantienen los contenidos de antaño, las formas de disciplinamiento resultan cada vez más solapadas en lo discursivo pero más alevosas y contradictoriamente naturalizadas en los hechos. La relación entre disciplinamiento y procesos de medicalización en las sociedades modernas hallan su unicidad en tanto técnica y dispositivo de mantenimiento de un orden hegemónico, interiorizado, legitimado. La medicación con psicofármacos como particularización de tal proceso de medicalización mediado por el disciplinamiento dan cuenta de una realidad contemporánea devenida de una procesualidad moderna netamente restrictiva de las conductas, las sensaciones, los pensamientos, las acciones.

Canguilhem plantea como origen de la medicina occidental al período Hipocrático, a partir que las enfermedades comienzan a ser tratadas como desórdenes corporales, aunque dista de lo que se admitiría como práctica médica calificada y científica en el sentido moderno. La medicina contemporánea encontró su eficacia en la disociación entre enfermedad y enfermo, caracterizándose este último según la enfermedad más que identificar una enfermedad a partir de los síntomas presentados. Cuando se habla de una patología concreta, se lo hace con un nombre determinado que ya trae consigo un diagnóstico etiológico, un pronóstico tentativo y una decisión

terapéutica, todo bajo la legitimidad científica de investigaciones clínicas y experimentales, de exámenes de laboratorio “en cuyo curso los enfermos han sido tratados, no como los sujetos de su enfermedad, sino como objetos”. (Canguilhem, 2004: 35)

No es menor que en el ejercicio de control administrativo de la salud exista desde hace un poco más de medio siglo una Organización Mundial de la Salud que, además, delimite su ámbito de intervención a partir de una concepción de salud por ella misma definida: “La salud es un estado de completo bienestar físico, moral y social, que no consiste solamente en la ausencia de invalidez o de enfermedad. La salud, como estado del cuerpo dado, es la prueba –por el hecho de que este cuerpo vivo es posible puesto que es- de que no se encuentra congénitamente alterado.” (OMS apud Canguilhem, 2004: 60)

Más allá que esta definición data de 1948 y que en sus formas ha sido ampliada, superada y abordada críticamente por diversos autores a lo largo de las últimas décadas, se considera que los contenidos medulares remiten siempre a la misma razón analítica.

La vida humana es un “ser-ahí” en un devenir preordenado, donde el sujeto se halla abierto a la enfermedad por su sola presencia en el mundo. Si se entendiera la salud desde este aspecto, lejos debería estar de ser una exigencia de orden económico y de validez en el marco legal, tal como lo plantea la OMS. Tendría que remitirse a las condiciones de ejercicio de la vida, en el cual se fundan todos los demás. (Canguilhem, 2004) Ciertamente es, también, como menciona Foucault que cada cultura define de manera propia los sufrimientos, “anomalías”, “desviaciones”, todo lo cual cae en la órbita de la intervención específica de la medicina: “En último término la enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado”. (Foucault, 1992b: 12)

Paralelamente al avance de la medicina en su saber, en su constitución como saber científico, Foucault (1992b) plantea que se va tornando cada vez más “peligrosa” debido a la ingerencia que va consolidando en los procesos de modernización, preponderantemente desde comienzos del siglo XX. La historia de los sujetos lejos de ser una continuación simple de la vida

pasó a convertirse en su reanudación, generando varios efectos sobre dichos procesos: “El no saber ya ha dejado de ser peligroso y el peligro radica en el propio saber. El saber es peligroso, no sólo por sus consecuencias inmediatas para el individuo o para un grupo de individuos, sino para la propia historia. Esto constituye una de las características fundamentales de la crisis actual.” (Foucault, 1992b: 45)

La afirmación de que la medicina comenzó desde el siglo XX a trascender los confines de su especificidad ha ido cobrando cada vez mayor relevancia, fundamentalmente al riesgo atribuido a este fenómeno. Ya no se trata la intervención médica y su campo de actividad la demanda del enfermo, su sufrimiento, síntomas, malestar. La medicina responde a otro motivo: su imposición al individuo, enfermo o no, como “acto de autoridad”, en una suerte de “screening” obligatorio y sistemático de búsqueda de enfermedades en la sociedad que lejos están de demandas de sujetos enfermos. Asimismo, los objetos de intervención médica ya trascienden las concretas enfermedades y ejercen un poder autoritario con funciones “normalizadoras”. (Foucault, 1992b)

Partiendo desde el siglo XVIII, se sucedieron cuatro grandes procesos que permitieron la ubicación hoy día de la disciplina en el punto neurálgico del disciplinamiento. En principio surge una autoridad médica que se relaciona más a una autoridad social que puede tomar decisiones en torno a la ciudad, el barrio, etc.; seguidamente, aparece una distinción entre el campo de intervención de la medicina y las enfermedades como tales, explayando sus saberes y opiniones al agua, construcciones, terrenos, desagües, etc.; luego se introduce un aparato de medicalización colectiva como lo es el hospital como institución de medicalización (ya no más espacio de asistencia a los pobres en su lecho de muerte); por último, se introducen mecanismos de administración médica como lo son las estadísticas, el registro de datos, etc. De esta manera, la medicina cobró un renovado impulso adquiriendo especialmente la medicina clínica nuevas dimensiones. (Foucault, 1992b)

Hasta mediados del siglo XVIII medicina y hospital conformaban campos diferentes, los que fueron condensándose en uno, en un proceso de anulación de los efectos negativos del hospital, espacio pensado como asilo

para la locura o donde las personas no acaudaladas encontraban su lecho de muerte. De todas maneras, esta conversión no implicó una búsqueda de una acción positiva sobre el hospital como organización sobre el enfermo o la enfermedad, sino un instrumento de cura, un espacio terapéutico.

El hospital aparece así reubicado como tecnología política de la modernidad, cuyo fin es la disciplina. Admitida esta hipótesis del nacimiento del hospital a partir de las técnicas del poder disciplinario y de la medicina como intervención en lo social, Foucault (1992b) plantea que se entenderán con mayor cabalidad varias de las características de dicha institución, a saber: la localización del hospital en sus espacios internos (reestructuras en infraestructuras) y externos (insertado en las urbes); la transformación del sistema de poder dentro del hospital, que pasa de las manos del personal en su gran mayoría religioso al saber médico potencializado y potencializando los “avances de la ciencia”; la organización de un sistema de registro permanente de todo y todos.

Pero sucede también que, con la introducción de la disciplina en el espacio hospitalario, que permite curar así como registrar, capacitar y acumular conocimientos, la medicina ofrece como objeto de observación un inmenso campo, limitado por un lado por el individuo y por el otro por la población. ...Con la aplicación de la disciplina del espacio médico y por el hecho de que se puede aislar a cada individuo, instalarlo en una cama, prescribirle un régimen, etc., se pretende llegar a una medicina individualizante. En efecto, es el individuo el que será observado, vigilado, conocido y curado. El individuo surge como objeto del saber y de la práctica médica. (Foucault, 1992b: 75)

En virtud de esta tecnología hospitalaria, tanto individuos como poblaciones pasan a ser objetos de saber y, por ende, de intervención de la medicina. Esto va sucediendo a lo largo del siglo XIX, en los procesos de modernización de las sociedades del mundo occidental.

En la especificidad de la “locura”, una vez superada la lepra como patología de “aislamiento” para evitar mayores contagios, los espacios físicos (le-

prosarios) requirieron ser ocupados desde la lógica imperante a comienzos del Renacimiento por una figura alternativa a la del leproso. Comienzan así estos espacios a cobrar relevancia como lugar de asilo para una conjunción de individualidades que lo que marcaban era la diferencia de la ya idealizada normalización de las poblaciones. Llegan a estos lugares tanto pobres, vagabundos, jóvenes del correccional como las “cabezas alienadas”, en una suerte de salvación para los que padecen estas situaciones como de las que las tendrían que visualizar si no fueran relegados hacia tales confines. En este contexto, la “locura” pasa a ser una forma de la razón, o, mejor dicho, la sinrazón, en una relación reversible donde razón y sinrazón constituyen tal fenómeno en un mismo movimiento: *“el espíritu del hombre, en su finitud, no es tanto un chispazo de la gran luz como un fragmento de la sombra”*. Este entendido de la locura como manifestación de la razón, la hace parte constitutiva de la misma, más no encuentre su paradoja en que el “alienado mentalmente” no pueda tomar conciencia de ello, pero tampoco lo hagan los sujetos que no se hallen en tal situación ya que “la verdadera razón no está libre de todo compromiso con la locura”. (Foucault, 1992a: 25)

Para la Época Clásica, otro será el cantar. La locura queda reducida al silencio. No es la verdad la que asegura el pensamiento contra la locura, sino el sujeto pensante. Por ello, la no-razón del siglo XVI sentía una amenaza constante al comprometer las relaciones de la subjetividad y de la verdad: “El encantamiento de la duda cartesiana parece testimoniar que en el siglo XVII el peligro se halla conjurado y que la locura está fuera del dominio de pertenencia en que el sujeto conserva sus derechos a la verdad”. Hacia fines del siglo XVII el asilo y la locura serán parte de una “reorganización administrativa”, que como se ha visto para la medicina en general, aún permanecía en manos de agentes externos al saber médico. En este contexto, “la locura ya no hallará hospitalidad sino entre las paredes del hospital, al lado de todos los pobres”, condensándose procesual y sistemáticamente nueva sensibilidad, ya no se carácter religioso, sino social, que será recién disociada a finales del siglo XIX. La sinrazón comienza así a medirse a partir de cierto apartamiento de la norma social, donde cualquiera puede reconocerla y denunciarla. (Foucault, 1992a: 37, 48)

Paralelamente a esta sociedad que designaba a los *locos* como *alienados*, por haber dejado la sinrazón de ser experiencia de toda razón humana y por ello encerrada en una casi-objetividad (Foucault, 1992a), Hegel con pleno rigor científico fundaba el concepto de alienación como forma de comprender el papel del otro en la formación de la conciencia de sí. Para comienzos del siglo XX la Psiquiatría se valdrá de tal concepto de contenido filosófico-ontológico bajo la forma rutinaria y arbitraria de “certificado de alineación” como marca distintiva de aquellos que habían perdido, según tal saber, la razón.

Para el novel siglo XXI, este devenir del proceso de medicalización y en su concreción de psiquiatrización de los sujetos particulares y las sociedades, va a aparecer cada vez más marcado.

El acto psiquiátrico no puede prescindir de la reproducción social de la autoridad de la disciplina. Y esto va más allá de las diferentes posiciones o características singulares de cada psiquiatra. El acto psiquiátrico tiene algo mágico en el plano social, como acto de autoridad deviene, se presenta, como acto autorizado, subordinado a un conjunto sistemático de condiciones interdependientes, entre los significados y valores de la disciplina y los rituales sociales, que son básicamente reconocimiento-sometimiento a su autoridad. (Galende, 2008: 60)

Será la Psiquiatría de este siglo la encargada de definir con la precisión exacta que su disciplina le confiere quien entra dentro de los parámetros de la normalidad y quien queda fuera. Así, se configura en una disciplina portadora de autoridad, legitimada para someter a las normas de “lo normal” bajo criterios de bienestar y salud, de diagnosticar los desbordes.

Desde su implantación en los años 50 del siglo pasado, el desarrollo de Salud Mental se sostiene en una ética que considera al sujeto del sufrimiento mental, su historia, su sensibilidad, su experiencia y su memoria, la dimensión conflictiva de toda existencia humana y propone al sujeto una comprensión conjunta del malestar psíquico, esto es su

participación en el proceso de atención. La consideración del trastorno como enfermedad por parte de la Psiquiatría positivista prescinde del sujeto, ignora el conflicto que expresa el síntoma, ya que éste sería sólo el signo de un trastorno en sus equilibrios cerebrales, y se propone por consiguiente suprimirlo a través del medio artificial del medicamento. (Galende, 2008: 9)

Esta distinción en la forma de comprender e intervenir en los padecimientos psíquicos estarían marcando la diferencia y perspectivas de utilización de los conocimientos científicos. De ahí que, al primar la segunda, la Psiquiatría de corte netamente positivista, la producción de nuevos fármacos para la utilización de las manifestaciones de los trastornos psíquicos ha determinado una regresión de dicha especialización a los anales más antiguo del positivismo médico. Con este crecimiento exacerbado de los psicofármacos y su masividad en la utilización se han dejado bastante a un lado otros criterios de intervención, como lo son las psicoterapias,⁷⁰ por ejemplo.

Sí, esa es la sensación que me da. Nosotros realmente hace unos años atrás no teníamos estos medicamentos, aunque tampoco teníamos estas especialidades acá. Psiquiatra Infantil debe hacer unos tres años que está; y la NeuroPediatria desde hace unos meses. (Entrevista a Pediatra MSP)

Sí, yo creo que sí, que ha ido en aumento. Creo que en general son los especialistas que se manejan con psicofármacos. (Entrevista a Directora Hospital MSP)

Fue una comprobación que he tenido en experiencia clínica que la medicación con psicofármacos se ha ido extendiendo en adultos, pero también en niños. Cada vez con más frecuente. Es una preocupación real. (Entrevista a Director Hospital MSP)

70 “El psicoanálisis es asimilado en nuestros días a un “medicamento vencido” relegado al fondo de una farmacia.” (Derrida apud Galende, 2008: 9)

Sí, pienso que sí. En realidad me parece que se medica más en función de la facilidad con que hoy se sintetizan productos farmacéuticos y también con respecto a los cambios que ha sufrido la sociedad. (Entrevista a Directora Hospital MSP)

Pienso que sí. Por qué ha sido? No lo sé. Hay más medicación disponible, en todas las patologías. Se pueden controlar algunas enfermedades crónicas. La ciencia ha avanzado y tenemos medicación disponible, que estaba reservado sólo para un grupo, y ahora es disponible desde el punto de vista científico y económico. Antes medicábamos menos porque teníamos muy limitado el acceso a mucha medicación. Ahora medicamos más porque tenemos más fácil acceso. Y siempre Pediatría trata de medicar, si el caso lo amerita. (Entrevista a Pediatra Centro de Salud MSP)

Ha aumentado porque es la forma más rápida. Los efectos y tratamiento se ven de modo bastante inmediato y la supresión de los mismos también. En cambio, una psicoterapia te lleva mucho más tiempo. Y otras opciones no conozco. (Entrevista a Química Farmacéutica MSP)

Sí, ha aumentado, pero creo que es como apagar un incendio, no está la etapa de prevenir el incendio sino de poner un mecanismo que contenga el problema, nada más que contenga, como quien le pone una tapa a algo, cuando lo que habría que hacer es apagar el fuego. (Entrevista a Pediatra MSP)

Parecería que hoy día resulta más fatigoso pensar “alternativas” a la medicación. Claro, se está en el mundo del ya, del ahora, de lo fenoménico en su máxima expresión, donde escuchar al otro en sus padecimientos requiere de otros tiempos y otros costes. El *otro* en su alteridad se pierde así en un mundo psicofarmacolizado, porque posiblemente piense intuitivamente es lo mejor, porque así lo ha interiorizado por el sólo hecho de haberse apropiados en su

autoconservación de las pautas y valores de su entorno en esta época dada.

La niñez como principal objetivo para el disciplinamiento de las conductas.

Ser niño/a en estas sociedades occidentales modernas resulta más complejo de lo imaginado. Ritmos vertiginosos, exigencias exorbitantes, rendimientos robóticos, etc. Se les pide que rindan al máximo y cuando no lo hacen, y la manifestación de esto se viabiliza 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. ¿Aquí primarían las conductas sociales egocéntricas? ¿A dónde llegan las otras? ¿La hibridación de ambas? En este entramado nuevamente 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 de este entramado.

El concepto de *lucha simbólica* planteado por Bourdieu (*apud* Galende, 2008) pareciera encontrar su razón de ser en la fundamentación del lugar y la función social de este campo de la Psiquiatría (infantil, para los fines presentes). El mismo remite a establecer el dominio y hegemonía de las definiciones, interpretaciones y valores, en este caso de sujetos con saberes específicos, en tanto reconocimiento social y legitimación de sus prácticas. Resulta una batalla simbólica en el campo de la salud mental, que cuando de la infancia se trata, se reduce bastante el espectro en especialidades en pugna (fundamentalmente se da, a partir de lo analizado de las entrevistas, entre Psiquiatría infantil, Neuropediatría y Pediatría).

Con la introducción de la infancia (más allá del sujeto niño/a) como punto de referencia central de la Psiquiatría, hace ya un siglo, se amplía su accionar en la *lucha simbólica* como disciplina en relación con la medicina en general y en la autoridad en los conocimientos sobre la alienación mental en particular. Tal como plantea Foucault (1998), con el descubrimiento de la niñez como campo de acción, la Psiquiatría fue garantizando y ampliando su espectro de intervención en un nuevo territorio. Así, la infancia se torna una de las condiciones históricas que habilitan la generalización del

saber/poder de esta disciplina especializada dentro del campo médico: “A partir del momento en que la infancia o el infantilismo sean el filtro para analizar los comportamientos, comprenderá que, para psiquiatrizar una conducta, ya no será necesario, como sí lo era en la época de la medicina de las enfermedades mentales, inscribirla dentro de una enfermedad, reubicarla en una sintomatología coherente y reconocida.” (Foucault, 1998: 281)

Así, para que una conducta sea competencia del campo de la Psiquiatría infantil, para que un niño o niña sea psiquiatrizable, bastará sólo con que *“sea portadora de una huella cualquiera de infantilismo”*. 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. Y, con este mismo discurso, también serán psiquiatrizables las conductas adultas en tanto relación causal puedan asimilarse o referirse a las conductas del niño/a. De esta manera, “recorrido integral de todas las conductas del niño, porque éstas pueden traer aparejadas una fijación adulta; y a la inversa, recorrido total de las conductas del adulto para develar las huellas de infantilismo que puede haber en ellas”. (Foucault, 1998: 282)

A partir de esta psiquiatrización de la infancia como problema presente y a futuro, Foucault (1998) plantea que para su legitimación debió de establecer síntomas (como en la medicina orgánica), y así nombrar, clasificar, organizar enfermedades y sus diferenciaciones, buscando por el lado del cuerpo y las conductas elementos que pudieran asimilarse a una enfermedad. Para “evolucionar” ya no alcanza la imitación de la medicina orgánica, sino que es necesario el correlato con otras disciplinas como la neurología del desarrollo y de la biología general. Recién a partir de ahí podrá funcionar la Psiquiatría infantil como saber científico y saber médico. La infancia y el infantilismo se tornan puntos medulares para esta Psiquiatría en tanto a través de las conductas (desviadas) se podrá intervenir y caracterizar como desequilibrios, sin ser éstos patológicos, sin ser portadores de morbilidad.

Este punto se intenta marcar como relevante a lo largo de la investigación, en tanto más allá desde ahí este autor irónicamente encuentre el pun-

to de origen y potencialidad de existencia en fenómenos conductuales que no tienen por qué ser patologías, el campo de intervención (y medicación, según a los fines de la presente delimitación) es tan amplio cuanto niños y niñas sean considerados “desviados” por un particular con un saber que basa su objetividad científica en la subjetividad individual (o colectiva, por agremiación).

La emergencia de un instinto que en sí mismo no es enfermo, que en sí mismo es sano, pero que sea normal ver aparecer aquí y ahora, tan pronto o tan tarde, y con tan poco contra; la aparición de tal o cual tipo de conducta que en sí misma no es patológica pero que, dentro de la constelación en que figura, normalmente no debería aparecer: todo esto va a ser ahora el sistema de referencia, el dominio de objetos, en todo caso, cuyo relevamiento va a tratar de hacer la Psiquiatría. (...) Y sólo secundariamente en relación con esa anomalía fundamental, las enfermedades se van a presentar como una especie de epifenómeno con respecto a ese estado que es, en esencia, un estado anómalo. Al convertirse en ciencia del infantilismo de las conductas y las estructuras, la Psiquiatría puede llegar a ser la ciencia de las conductas normales y anormales. (Foucault, 1998: 284)

A partir de esto el autor plantea que la Psiquiatría pudo constituirse y adquirir un status especial a través de la ingerencia en la existencia confusa de la infancia y sus manifestaciones conductuales en una instancia general de análisis y de control general de las conductas, conteniendo en ese objeto (niñez) el instrumento de su universalización.

Pero a no responsabilizar todo en un saber concreto, ya que el mismo adquiere legitimidad si se le otorga. En este proceso de psiquiatrización genérica de la infancia, donde lo relativo aparece como verdad absoluta, si apenas surgen conductas divergentes a las hegemónicamente esperadas desde un deber ser moderno se busca el apoyo de ese saber/poder, con ese movimiento ya se está legitimando su accionar, cualquiera sea. Y los primeros en buscar tal saber resultan las otras dos instituciones en juego en esta

investigación: la educación y la familia, fundamentalmente la primera.

Hace más de tres años que lo estoy llevando. De la misma escuela me dijeron que lo llevara. (Entrevista a madre niño de 9 años medicado colegio privado)

- A Manuel a los 4 años y a Nicolás a los 6, cuando empezó 1º. – ¿Por qué los llevaste? – A Manuel porque le partió la cabeza a uno el primer día de escuela con el pestillo de la puerta, y después pasaban los compañeros y él ponía el pie, como que siempre jugando, sin querer, pero siempre le pegaba a todos. La Maestra me dijo que así no podía seguir yendo a la escuela, y ahí estaba en preescolar. Y esa fue la primera vez que me ingresó al psicólogo y ahí lo derivaron al psiquiatra. Y Nicolás lo mismo, también porque siempre estaba agresivo, a la defensiva, y primero fue al psicólogo y luego al psiquiatra. Primero fue Nicolás y a los dos o tres meses fue Manuel. – ¿Quién te aconsejó los llevaras al médico? – La Maestra. Me dio un informe para que llevara. (Entrevista a madre de niños de 7 y 9 años medicados ECSCC)

- De la escuela me los hicieron llevar al médico. Lo que pasa que me dicen que tienen que ir medicados para que los dejen entrar en la escuela, a los tres los mismo. Entonces los llevo a los tres juntos. – ¿Y los medican los fines de semana? – No, los fines de semana no, me lo dan sólo para la escuela, además quedan como bobos en casa, ¿y si le pasa algo al chiquilín? Para la escuela sí, toman una entera. Pero los fines de semana se quedan en casa y sí, se pelean, pero se los puede llevar. Y ahora tengo que llevar al de 8 años porque tiene muchos problemas, no saben cuanto retraso tiene, es como un gurí chico, tiene 8 y pa'mi tiene como 5, juega le pegan y llora, no se defiende, le cuesta mucho razonar. La Maestra me dijo que él pone voluntad pero que no le da la cabeza. Y él se llora. Ya de chico era así, pero nunca le hicieron nada, desde la jardinera. Los grandes no, porque a ellos les pegan y ellos pegan. (Entrevista a madre de niños de 8, 9 y 10 años medicados ECSCC)

La Maestra me llamó diciéndome: “¡Bruno se cortó! Llévalo urgente a la psiquiatra. Porque esto no puede ser, es un niño muy chico”. Pero ya la Maestra venía diciéndome que él no se quedaba sentado, que no la respetaba, que vivía paseando por entre los bancos, que molestaba a los compañeros en el sentido que les hablaba y no les dejaba poner atención. Pero no sólo a mi hijo mandó, mandó a muchos de la clase porque ella decía que se portaban mal, y con las madres estábamos muy descontentas. Entonces yo lo llevé al Pediatra, lo revisó todo y me dijo que era un niño que ella no le veía que tuviera algún problema, que era un niño que le gustaba moverse más nomás, y me dijo que le podríamos buscar alguna solución para ayudarlo en eso, yo pienso que como para que se le fueran un tanto los nervios que tiene y todo. Y me dio el pase a la Psiquiatra Infantil. Lo llevé ahí, justo había dado que se había cortado con el compañero en la escuela, porque él decía que el compañero le decía que se cortaba y aguantaba y él dijo “yo también”. Pero él nunca fue de cortarse, ni de pegarse o de hacerse nada a su cuerpo. Jamás. La psiquiatra le ve la cortada y me preguntó y le conté, porque yo no tengo por qué ocultarle nada. – ¿A él no le preguntó? – No, me preguntó a mí, con él no habló ni dos minutos. Y enseguida lo medicó, me dio una pastilla para la 7 de la mañana para que vaya “mansito a la escuela”, como me dijo, “y después dale a las 6 de la tarde así él duerme temprano”; pero entonces se iba a pasar dopado y durmiendo. Y me dijo que esto empezaba así, pero iba a ir en aumento. (Entrevista a madre de niño de 7 años derivado a medicar)

Generalmente, el primer diagnóstico sale de la escuela, donde los Maestros le indican a los padres que deben llevar a sus niños a un médico para tratar de atender su problema de atención o hiperactividad y ahí empiezan todos los pasos de ir al Pediatra, psiquiatra, etc. etc. (Entrevista a Químico Farmacéutico salud privada)

Principalmente vienen desde la escuela que no los aceptan más porque distorsionan toda la clase, o los padres que no pueden más con el niño y no saben ponerles límites “denle un medicamento que no sé qué más hacer”. (Entrevista a Pediatra salud privada)

En general quienes los traen son las madres y en el discurso está la dificultad de los vínculos en casa y la queja de la escuela a través de la Maestra. (Entrevista a Directora Hospital MSP)

Vienen más que nada las mamás, y derivados por el Pediatra, la Maestra, y a veces por propia preocupación de las familias. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Porque no lo aguantan en la casa, porque están agresivos, porque se pelean con los hermanos, porque llegan a agredirlo más allá de la pelea familiar, niños que han llegado a agredir a otros seriamente. Entonces, como no lo toleran en la casa, no lo toleran en la escuela: ¿qué hacen con ese niño? Perdió su ámbito social y familiar. Junto a una crisis ellos tratan de buscar una solución, y los traen al médico. Derivados de la escuela llegan por trastornos del aprendizaje. Porque no aprende, porque no ha alcanzado el nivel esperado para su edad en los plazos establecidos. (Entrevista a Pediatra MSP)

Los mandan de las escuelas por trastornos en el aprendizaje, problemas de conducta. En general son más los derivados, pocas son las familias que piden al Pediatra les haga el pase, más que nada en problemas de separación. Pero en general las Maestras y las escuelas de doble horario es infernal. Vienen todos del asentamiento xxx y las Maestras desesperadas por los trastornos de conducta y dificultad de aprendizaje. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Por ello, cuando los desbordes conductuales comienzan a manifestarse como formas fenoménicas de esencias con contenidos sumamente complejos, parecería resultar inmanente para los diversos agentes adultos invo-

lucrados (especialmente desde la educación, como se ha visto) la solución a través de saber médico. Para la población de la presente investigación, estos desbordes de tipo conductual, en una (in)diferenciación entre salud/enfermedad más subjetiva que objetiva, como ya se ha planteado, aparece la Psiquiatría infantil cómo saber legitimado casi en su totalidad por los diversos agentes del cuerpo médico (más allá que psiquiatras) y otros agentes constitutivos de las instituciones basales. Esto se considera es parte de su arraigarse en las lógicas medulares que constituyen la razón, las corporalidades y las sensibilidades.

El diagnóstico es psiquiátrico, no hay otra. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Fue una psiquiatra, que me dijo que Nicolás era hiperactivo y Manuel superhiperactivo. (Entrevista a madre de niños de 7 y 9 años medicados ECSCC)

Tiene que ser un Psiquiatra Infantil. De hecho, nosotros tenemos en el centro una Psiquiatra Infantil que está sobrecargada y ya está pedido otro Psiquiatra Infantil. Porque en nuestra población, a los factores socio-económicos, se suman lo que son los factores propios que se sufren en nuestra época y en nuestra sociedad, entonces, digamos, que la consulta a Psiquiatría infantil es muy elevada. Desde que yo estoy acá es muy elevada la demanda, es la psiquiatra que tiene mayor demanda. Hay 4 psiquiatras y la que tiene mayor demanda es la Psiquiatra Infantil. (Entrevista a Directora Centro de Salud MSP)

La Psiquiatría Infantil es la única especialidad, si bien en el tema de la medicina cada médico defiende su chacra. Quizá a veces tenemos competencias con el médico Pediatra, que diagnostica y medica en estos cuadros, pero la Psiquiatría infantil es la que está formada para diagnosticar y tratar cuadros de los trastornos conductuales. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Supongo que será el psiquiatra. (Entrevista a Química Farmacéutica MSP)

Psiquiatra Infantil... En realidad, si tu entrenas a alguien podría hacerlo más de una especialidad, el Pediatra por ejemplo, pero el Pediatra tiene una globalidad o una Maestra especializada o un NeuroPediatra. (Entrevista a Directora Hospital MSP)

Creo que el que lo puede diagnosticar, dentro de la medicina, la Psiquiatría infantil, porque es la que tiene que ver más con la conducta. Pero la Neuropediatría, en general, no estaría en el entorno mismo para valorarlo. Y yo creo que el que mejor lo podría valorar es un psicólogo, pero en sí no es una especialidad médica, es una formación aparte. El psicólogo parte de una premisa distinta, no forma parte de la Facultad de Medicina. Realmente hay detrás de déficit mucha cosa conductual y del entorno, la Psiquiatría tiene que ver mucho con lo conductual pero más con lo orgánico que con el entorno, por eso me parece que la psicología tendría más capacidad para el diagnóstico. (Entrevista a Pediatra MSP)

Tal como plantea Galende (2008), el valor ideológico del discurso institucional, más allá se conforme a partir de aportes de otras ciencias, se basa *“en el desconocimiento colectivo y en la creencia”*. Este discurso que se pronuncia como verdad única, como saber específico en lo disciplinar, se instala en la estructura del campo de producción y reproducción de la vida cotidiana, donde aquellos que por sentido común se manejan y resisten es sentido que se lo hace porque le niegan el status de su conocimiento. Con esto no sólo se niega la experiencia (aunque sea intuitiva, pero seguro que sentida y padecida) del paciente, en este caso niños y niñas que en su mayoría no son habilitados a hablar en las consultas, sino que (se) ubica a la experiencia científica como absoluta y aseguradora de todo conocimiento del sufrimiento. Negarles o apenas poner en cuestionamiento tal saber absoluto ha aparecido en las entrevistas realizadas como una falta grave de

aquellos que “no entienden porque no saben”.

Fue la Psiquiatra Infantil, y cuando yo me negaba a darle medicación me decía que el niño era chico y precisaba medicación y que realmente debía recibirla. Pero no le había hecho diagnósticos ni nada, para mí tenía que averiguar más cosas antes de darle medicación, y yo le dije que también quería averiguar de otros tratamientos alternativos. Y no le gustó. (Entrevista a madre niño 14 años medicado colegio privado)

Y con la psiquiatra, como la receta que me había dado era urgente y me había puesto que lo llevar a los 7 días para ver cómo le había andado la medicación y yo lo llevé a los 15, porque recién ahí me dieron número. Cuando fui a los 15 días y le dije que no le había dado la medicación me puso el grito en el cielo, y me dijo: “¿Para qué lo trajiste?”. Y yo le dije: “Yo vengo a consultar con usted, a que me dé otras alternativas antes de darle medicación”. Porque pueden haber miles de cosas, que vaya a una terapia, hay miles de cosas antes de una medicación. Y ahí le dije que yo había averiguado con otro psiquiatra y psicólogo, y ahí me dice “¿Cómo que hiciste eso? Es una falta de respeto hacia mi que hayas ido a averiguar por otros lados por la medicación, que hace 15 años que estudié”. Ella se enojó pila conmigo, me habló mal, me gritó “ahora sí me colmaste”, me dijo que el niño una vez que había pisado esa parte de xxx (mutualista privada), que es el Área de Psiquiatría, que él ya dejaba de ser mi hijo, que me iba a mandar una Asistente Social para que venga a mi casa y que iba a ir todo para Juez, “y ahí vamos a ver quién es la madre”, me dijo, porque yo no estaba cumpliendo con mis obligaciones. Y yo ahí me vine llorando... (Entrevista a madre de niño de 7 años derivado a medicar)

Tal como plantea Moyano (2004), la medicalización de los problemas conductuales y de atención tiene sus orígenes hace casi un siglo, a partir de las investigaciones de George Frederick Still, del Royal College of Physicians in England. Con un estudio empírico a partir de 20 niños y niñas llegó a

la conclusión que en su mayoría eran agresivos, desafiantes, emocionales, indisciplinados, por lo que les atribuyó el calificativo de “alteración de su control moral”, la misma, según él, a causa de problemas hereditarios o posparto. A partir de ahí, el recorrido entre desórdenes conductuales, atención y causas biológicas fue adquiriendo cada vez más relevancia, y, como se ha visto, en relación directa con la ampliación del status de la Psiquiatría infantil como saber científico. En la década del '30 del siglo XX, en Estados Unidos, se utiliza por primera vez (al menos que se sepa) una droga psicoactiva (benzedrina) para controlar la hiperactividad infantil. Para el año 1947 se publicó el libro titulado “Psicopatología y educación de los niños con daño cerebral”, el cual tuvo especial auge en las dos décadas siguiente, y a través del cual se afirmaron como del saber médico cuestiones tales como el concepto de “daño cerebral mínimo”. Este concepto fue reemplazado en 1962 por el de “disfunción cerebral mínima”. En 1957 se identifica el llamado “síndrome de impulso hiperquinético”, pasando la hiperactividad a ser el puntal para la medicación con psicoestimulantes. En 1968 surge desde la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (ANP) el término “reacción hiperquinética infantil”. En 1966 otro investigador estadounidense agregó a la ya cargada lista de manifestaciones del “síndrome hiperquinético” o “disfunción cerebral mínima”, otras como labilidad emocional o trastornos específicos del aprendizaje. Recién en la década del '70 se volcó el foco de interés hacia los problemas de atención, con especificidad en la hiperactividad, con la fundación para finales de esa década desde la ANP de una nueva enfermedad: el Desorden por Déficit Atencional (ADD), sin hacer aún mención sobre la hiperactividad, plasmado en el DSM-III (de 1980). En 1984 se publican una serie de trabajos basados en mediciones del flujo cerebral que planteaban diferencias anatomopatológicas en ciertas áreas del cerebro (parte frontal y prefrontal). En 1987, la ANP en su revisión del DSM-III-R incorpora al síndrome de ADD la hiperactividad, por lo que pasa a denominarse ADHD, término que se acuña con firmeza en el DSM-IV. A comienzos de los '90 se comenzó a trabajar con la técnica de la tomografía. Más allá de estas idas y venidas a partir de síntomas visibles, manifestaciones concretas, suposiciones “científicas”, ninguna técnica ha

dado respuestas contundentes sobre las causas fisiopatológicas de los problemas conductuales. (Moyano, 2004)

Con el nombre de ADHD se sintetizan ⁷¹ una serie de manifestaciones conductuales y de la atención, caracterizadas principalmente por la hiperactividad, desatención e impulsividad. Por lo general, se da en niños/as a partir de la edad preescolar, pero puede extenderse hasta la adolescencia o vida adulta en algunos casos. Entre el 3% y 8% de los niños y niñas en edad escolar lo presentan como “patología real”, dándose entre cuatro y nueve veces con más frecuencia en varones que en niñas. Aquel niño/a que lo *padece*:

...tiene una atención lábil y dispersa que no da tiempo a incorporar información e impide realizar una tarea prolongada... Suele ser acompañada por hiperactividad motora y poca tolerancia a las frustraciones... Son niños a los que les cuesta mucho controlar sus impulsos, esperar su turno en una fila, atender lo que la Maestra habla en clase, mantener silencio; en fin, todo lo que se espera de un niño durante la jornada escolar. Cuando se les formula una pregunta, responden antes de escucharla por completo, lo que genera una respuesta incorrecta, no por desconocimiento del tema, sino por no haber esperado la formulación completa. Esto hace que en algunas ocasiones se confunda su verdadero potencial intelectual. Como se distraen con frecuencia, se aburren, y por eso distraen a sus compañeros complicando la ya de por sí difícil tarea del docente. Esto trae como consecuencia que el niño sea catalogado o etiquetado por las autoridades escolares como problemático y, posteriormente, enviado al gabinete psicopedagógico de la escuela, en el mejor de los casos. (Moyano, 2004: 16)

Algunos o todos estos aspectos son los que aparecen en las entrevistas rea-

71 “La posibilidad de reunir en una sola patología, y con un solo tratamiento, una serie de complejas situaciones emocionales y psicológica, que involucran tanto al niño como a la familia y la sociedad, es una “tentación” muy fuerte para los hombres de ciencia.” (Moyano, 2004: 15)

lizadas en el trabajo de campo, tanto desde el área de la salud como de la educación, contando algunos técnicos con mayor información que otros para su definición.

En este sentido, desde el discurso de la institución educativa aparecen expresiones tales como:

En los niños es que atiende por lapso de tiempo pequeño y enseguida empieza a molestar, molesta al de al lado que está trabajando y así termina toda la clase suspendiendo la tarea y molestando. Y afecta al trabajo de todos: de los niños y del Maestro. (Entrevista a Maestra ECSCC)

Un chiquilín que le cuesta estar sentado, le cuesta terminar los trabajos, le cuesta terminar un juego incluso, es muy inquieto, te contesta antes que tu termines de preguntar, ese tipo de cosas. (Entrevista a Maestra colegio privado)

En general, lo que vemos es esa dificultad en centrarse en la tarea, que hace que tengan conductas disruptivas en la clase, que se paran que se sientan, que molestan a un compañero, que molestan al otro, y que les cuesta centrarse en la tarea. (Entrevista a Director colegio privado)

Justamente la palabra lo dice: el niño que no puede concentrarse, que es hiperactivo, con dificultades de atención y de relacionamiento. (Entrevista a Directora ECSCC)

Distracción permanente, el niño no te escucha o te escucha de todo lo que decís te escucha un segundo, deja de atender para hacer otras cosas para llamar la atención a los demás, luego te vuelve a escuchar, como una escucha intermitente al que tiene frente, con movimientos de su cuerpo también, se levanta constantemente, camina, se sienta, se hamaca en la silla. (Entrevista a Maestra colegio privado)

Desde el discurso de la institución salud:

Desde el punto de vista del diagnóstico médico, en primer lugar como una entidad que se caracteriza fundamentalmente por un trastorno, como el nombre lo dice, en la capacidad de poder fijar la atención en el estímulo más importante. Generalmente, se acompaña de hiperactividad, pero sobre todo tiene un componente que es la impulsividad. (Entrevista a Psiquiatra Infantil ámbito privado)

El niño está dentro de un grupo, y el grupo va marchando en la adquisición de los saberes, y es ese niño el que no aprende, que logra concentrarse, y va quedando un poco para atrás; o sino una conducta hiperquinética, que no para nunca. (Entrevista a Director Hospital MSP)

Son niños que no tienen memoria, o que aprenden y al rato no recuerdan lo que aprendieron, distorsionan las clases, a veces son niños con dificultades no sólo para el aprendizaje, y así nos vienen desde las Maestras, sino que además son niños que no te llevan una conversación, no hacen un seguimiento correcto. (Entrevista a Pediatra salud privada)

Son aquellos niños que presentan distracción fácilmente, no se concentran en la escuela y generalmente son enseguida derivados por la Maestra que rescata eso y lo deriva enseguida al Pediatra porque el niño no presta atención. Dentro del trastorno por déficit atencional, tenemos de dos tipos: están los que son por hiperactividad, que son los “niños problemas” y son los que preocupan más, incluso los padres se percatan de ello y los traen ellos mismos a la consulta, y el niño que no tiene hiperactividad. (Entrevista a Pediatra salud privada)

Los de déficit atencional son los niños que se distraen muy fácil, que no logran atender a la Maestra, que se distraen ante cualquier estímulo, se distraen en clase, que abren una ventana, que se les va la atención en

cualquier objeto, demora más en hacer las tareas, le quedan incompletas. Lo mismo lo notan los papás en la casa para hacer los deberes, que se distraen por cualquier cosa. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Es un síndrome, que es un conjunto de signos y síntomas, que se constituye en inquietud importantísima, que ya se la ve desde chicos, generalmente haces el diagnóstico desde los 6 años, a partir de ahí se medica, antes no. Son niños que muy fácilmente pueden transgredir las normas, pero así son rechazados y con el rechazo viene el ataque, entonces el chiquilín lo más seguro se vuelva delincuente y consumidor. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Es un diagnóstico de especialista, en general se da básicamente en niños más allá que en adultos se pueda dar, y tiene que ver con una hiperactividad del niño, con un cuadro vinculado a la ansiedad, que básicamente desconcentran, no están en condiciones de aprender, y en realidad es una patología que se ha comenzado a tratar mucho, posiblemente tenga que ver mucho la enseñanza, porque me parece que los cambios culturales y sociales que se han producido hacen que los Maestros no estén preparados para tratar con los niños de hoy día. Y surgen muchas solicitudes a los médicos como punto de partida de derivaciones de la enseñanza primaria. Entonces ahí se va armando algo. (Entrevista a Directora Hospital MSP)

Es de los trastornos comportamentales del niño más frecuente. El déficit atencional puede ser una vía final común de muchos problemas, de niños con padecimientos perinatales o sufrimientos diversos, niños con cargas genéticas. ... Ahora, lo que sí es cierto es que cuando uno presenta este tipo de trastornos tiene muchas repercusiones. Lo que pasa es que hay otras cosas que pueden simular o enmascarar esos déficits atencionales. Por ejemplo, un niño con ansiedad es un niño inquieto, por ejemplo; un niño con depresión, puede manifestarse también como un niño inquieto. Entonces, debe desglosarse ahí muy finamente cuando se define este trastorno. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

El ADHD se compone por una tríada de aspectos comunes: *hiperactividad, impulsividad y desatención*, todos aspectos éstos definidos en el DSM-IV.

La *hiperactividad* es posiblemente la característica más sobresaliente, al menos la que más “molesta”, fundamentalmente en el ámbito educativo, como se ha visto, por lo que estos niños y niñas terminan en manos de Psiquiatra Infantil vía pasaje previo por Pediatría. Resulta fundamental poder diferenciar hiperactividad de inquietud (tal como lo han planteado algunos técnicos en las entrevistas citadas). Moyano (2004) plantea la distinción entre hiperactividad e hipermotilidad, siendo ésta última la presentada por niños o niñas con un patrón quinético o de psicomotricidad diferente un poco más elevado de lo habitual para su edad: “Casi me atrevería a decir que la mayoría de los niños que son llevados a la consulta por presentar características de hiperactividad, en realidad, presentan hipermotilidad”. (Moyano, 2004: 18) La hiperactividad, sin embargo, refiere a un funcionamiento psicomotriz alto en cuanto adecuación comparativa para los niños y niñas de su misma edad y el contexto donde se desenvuelve. Su ser inquieto le perjudica en la escuela, donde genera problemas sistemáticamente, tiene mayor propensión a correr riesgos y tener accidentes. Asimismo, salta de una actividad a otra, se manifiesta con un movimiento continuo de las manos, los pies, por lo general estereotipado: “Es aquel niño que “se les va de las manos” a los padres, hasta el punto que ellos se deciden a buscar ayuda, o bien son alertados por las autoridades escolares”. (Moyano, 2004: 18)

Según el DSM-IV, los criterios diagnósticos para la hiperactividad son:

- Frecuentemente mueve los dedos, manos o pies y/o se retuerce en forma inquieta en el asiento. – Frecuentemente deja su asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado. – Frecuentemente corre y/o trepa en exceso en situaciones en las que es inapropiado. – Frecuentemente tiene dificultades en participar o disfrutar de las actividades de descanso y ocio. – Está en con frecuencia en funcionamiento permanente y/o a menudo está actuando como impulsado por un motor. – Frecuentemente habla en exceso. – Comienza a contestar o hablar antes

de que hayan terminado de formularle una pregunta. – Tiene dificultades para esperar su turno en una fila, en un juego o en una conversación. – Frecuentemente interrumpe o se mete en las conversaciones y los juegos de los demás.

La *impulsividad* hace que muchas veces tengan acciones temerarias, que el resto de sus compañeros/as no se atreven a realizar, razón por la cual muchas veces son admirados y respetados, otras temidos. La impulsividad aparece por lo general en relación al comportamiento y en el aprendizaje.

Según el DSM-IV, los criterios diagnósticos para la *impulsividad* son: - Frecuentemente comienza a responder antes de que le hayan formulado una pregunta completa. – Frecuentemente tiene dificultades para esperar su turno en la fila o en los juegos. – Frecuentemente interrumpe o se mete en las conversaciones ajenas.

La *desatención* refiere al déficit en relación a lograr una adecuada intensidad, selección, mantenimiento y control del foco de atención, lo cual se manifiesta especialmente en la realización de tareas cognitivas estructuradas y no automáticas. Presentan poca flexibilidad en relación a la capacidad de trasladar el foco de atención de un estímulo focal a otro global y volver al focal varias veces.

Según el DSM-IV, los criterios diagnósticos para la *desatención* son: - Frecuentemente le cuesta mantener la atención localizada en los detalles o comete errores por falta de cuidado en las tareas escolares, labores u otras actividades. – Frecuentemente tiene dificultad para mantener la atención en las tareas o en el desarrollo de actividades lúdicas. – No parece escuchar cuando se le dirige la palabra. – Frecuentemente falla en el intento por seguir las instrucciones y/o fracasa en completar sus actividades escolares, sin que esto se deba a conductas desafiantes ni a falta de comprensión. – Tiene dificultades para organizar sus tareas y actividades. – Con frecuencia evita, manifiesta desagrado o rechaza comprometerse en la realización de tareas escolares o caseras que requieran un esfuerzo mental sostenido. – Frecuentemente pierde los elementos necesarios para sus tareas, ya sea que se trate de hojas, encargo escolares, cuadernos útiles, juguetes, etc. – Se distrae frecuentemente por estímulos extraños. – Se olvida frecuentemente de las

actividades cotidianas.

Para cerrar este punto, y con éste este capítulo, resta volver a cuestionar el grado de subjetividad que estas manifestaciones conductuales presentan. Cuando son extremadamente evidentes, quizá la duda no lo sería tanto, vaya uno a saber. El tema es cuando no se logra discernir claramente entre problemas conductuales propios de manifestaciones fenoménicas de esencias complejas, de una patología concreta. Más aún, cuando se llega a la consulta psiquiátrica (último eslabón de la cadena, como se ha visto) las derivaciones son englobadas como problemas definidos generalmente en lo que desde la institución educativa percibe como ADHD, pero que de hecho puede involucrar otras cuestiones, que el saber médica despistará. El problema es cuando el despistaje lleva a números tales como de un 30% de la niñez uruguaya medicada con psicofármacos, englobando como en un gran paquete ADHD, depresiones, o las más de las veces conductas exacerbadas para un mundo adulto disciplinador que ha interiorizado un deber ser que requiere reproducir para una hegemonía estipulada por la razón moderna.

Hay un trípode que se arma y (se) juega entre sensaciones, emociones y percepciones. Los agentes sociales conocen el mundo a través de sus cuerpos. Por esta vía, un conjunto de impresiones impactan en las formas de “intercambio” con el con-texto socio-ambiental. Dichas impresiones de objetos, fenómenos, procesos y otros agentes estructuran las percepciones que los sujetos acumulan y reproducen. Una percepción desde esta perspectiva constituye un modo naturalizado de organizar el conjunto de impresiones que se dan en un agente. Ese entramado de impresiones con-figuran las sensaciones que los agentes se “hacen” de aquello que puede designarse como mundo interno y externo, mundo social, subjetivo y “natural”. La aludida con-figuración consiste en una tensión dialéctica entre impresión, percepción y resultado de éstas que le da el “sentido” de excedente a las sensaciones, es decir, las ubica más acá y más allá de la aludida dialéctica. Como resultado y como antecedente de las percepciones, las sensaciones dan lugar a las emociones

como efecto de los procesos de adjudicación y correspondencia entre percepciones y sensaciones. Los sentimientos, entendidos como consecuencias de las emociones, pueden verse como el puzzle que adviene como acción y efecto de sentir y/o sentirse. Las emociones se enraízan en los estados del sentir el mundo que permiten vehiculizar las percepciones asociadas a formas socialmente construidas de sensaciones. Los sentidos orgánicos y sociales permiten vehiculizar aquello que parece único e irrepetible como son las sensaciones individuales, y elaboran a la vez el “trabajo desapercibido” de la in-corporación de lo social hecho emoción. Identificar, clasificar y volver crítico el juego entre sensaciones, percepción y emociones es vital para entender los dispositivos de regulación de las sensaciones que el capital dispone como uno de sus rasgos contemporáneos para la dominación social. (Scribano, 2007: 126)

CAPÍTULO III

Disciplinamiento en el mundo occidental. Particularizando en Uruguay.

En las cercanías de la Universidad de Stanford, pude conocer otra universidad, más chiquita, que dicta cursos de la obediencia. Los alumnos, perros de todas razas, colores y tamaños, aprenden a no ser perros. Cuando ladran, la profesora los castigan apretándoles el hocico con el puño y pegando un doloroso tirón al collar con pinchos de acero. Cuando callan, la profesora les recompensa el silencio con golosinas. Así se enseña el olvido de ladrar.
(Galeano, 1998: 230)

Este tercer capítulo permite dar un hilo conductor a lo trabajado fundamentalmente en abstracto en los dos primeros capítulos, particularizando ya en el Uruguay, más allá que al haber ido incluyendo fragmentos de las entrevistas realizadas en los puntos precedentes tal concreción confluyó, se intentó jugar metodológicamente en la lógica de exposición entre un universal, particular y singular en tanto momentos correlativos pero bien distinguidos en cuanto abstracciones y concreciones. En este capítulo es donde se comienza a hacer especial hincapié en el Uruguay, en el proceso de modernización determinado por la medicalización, condensando historia y presente en un proceso de praxis donde el disciplinamiento como forma adquiere connotaciones particulares en un país donde el saber médico medió el proceso civilizatorio como la mediación determinante. Sólo comprendiendo lo que ha sido el devenir de la modernidad en el Uruguay permite dar cuenta, y de alguna manera encontrar explicaciones “locales”, a la naturalización del abuso de psicofármacos en la niñez como una legitimidad propia y constitutiva de lo identitario.

III.1) Modernización y disciplinamiento. Dejando atrás la diferencia.

Desde tiempos inmemoriales disponer de la capacidad de dar explicaciones sobre cómo se estructura la realidad ha sido un modo de acumulación de poder. Es en este sentido que aquellos que tenían la cualidad de saber lo que los otros no sabían siempre constituyeron un grupo pequeño y muchas veces aislado del resto de la sociedad. ... En la historia de la humanidad esta diferencia originó división de funciones, configuró instituciones especializadas, regló los modos de acceso y éxito en la tarea de saber lo que el mundo es. Posiblemente sea la ciencia moderna la fuerza definitiva que impulsó la articulación entre dominio de la naturaleza y diferencias entre los hombres. Desigualdad que, si bien primaria y fundamentalmente económica, se ve conformada y atravesada por la apropiación diferencial del conocimiento.
(Scribano, 2002: 47)

El mundo occidental moderno.

Someramente se visualizan al comienzo de este punto algunos aspectos en el devenir de la modernidad en las sociedades occidentales modernas, teniendo presente que ha sido trabajado sistemáticamente a lo largo del presente trabajo, pero que aquí se lo hará como contexto y pretexto para la comprensión de los procesos de modernización en el Uruguay a ser visualizado en el punto que sigue a continuación.

Retomando una vez más a Foucault (1992b), este autor reconoce claramente los dispositivos que llevaron a la modernización de las sociedades occidentales y las instituciones mediadoras para ello. Comienza en la Europa del XVIII un proceso de expansión de la alfabetización, bajo la lógica del ejército y con la estrategia disciplinar que será parte constitutiva de la institución educativa desde sus orígenes.

En esta configuración, el autor reconoce se suceden dos cuestiones. Por un lado, la distribución espacial de los sujetos en espacios estructurados, cerrados, disciplinares. En la escuela del siglo XVIII también había aglomeración, salvo que la lógica pedagógica remitía a unos minutos de

enseñanza por día en una relación directa y única entre docente y estudiante. Luego el aprendiz volvía a su lugar, sin espacio a la indisciplina, y el maestro continuaba en su labor docente con otro y otro estudiante, y así sucesivamente. La disciplina es fundamentalmente análisis del espacio, por lo que la ubicación de los cuerpos en un espacio individualizado permitía la clasificación de estos y los diversos arreglos. Por otra parte, la disciplina ejerce su control sobre el desarrollo de una acción, no sobre el resultado. La disciplina, como ha venido siendo entendida a lo largo del trabajo y aquí una vez más se materializa, es una técnica de poder, de vigilancia perpetua y constante de los sujetos. Es necesaria la vigilancia constante, vigilar y sentirse vigilado, en un proceso piramidal a través del cual todos están todo el tiempo vigilados. (Foucault, 1992b)

En su concreción, la disciplina implica un registro constante de cada uno de los individuos, en una modalidad ascendente de información, cuestión que quien esté en la cúspide tenga todo detalle, acontecimiento o elemento disciplinario bajo su control. En la Época Clásica este sistema estaba claramente ejercido por el poder del soberano sobre los grupos sociales integrados principalmente por familias, ciudades, parroquias; es decir, la intervención sobre unidades globales no en la especificidad de cada sujeto concreto. Esto no quita que la disciplina sea el poder de la individualización, al contrario, pero el dispositivo para el logro del ejercicio de poder en esa unidad implica lo colectivo, la vigilancia permanente, clasificatoria, que permite juzgar, medir y localizar a todos los individuos estén donde estén, y con ello, su máxima utilización. (Foucault, 1992b)

Disciplina y proceso de modernización de las sociedades occidentales conforman un mismo entramado, donde la medicalización resulta uno de los dispositivos medulares para el logro de toda conquista hacia la hegemonía, productividad y lógica capitalista en proceso de expansión. La adquisición de un carácter médico de la disciplina se debe a la transformación del saber médico, en tanto consolidación del hospital como espacio de ejercicio de este saber en expansión y la potencialidad de expansión de este saber científico objetivado y objetivable. Será la persona sana en su medio la que sirve de apoyo a la enfermedad, por lo que se tome, se coma, la higiene que

se haga desde el siglo XVIII serán partes constitutivas de un saber médico que comienza así a impregnarse en la vida cotidiana de cada ser particular y de las sociedades en su conjunto. Así, la medicina no tendrá como único menester la cura de la enfermedad, sino el conocimiento y dominio del medio que rodea, de manera de prevenir futuras enfermedades, entre otras cosas.

De esta manera, desde el siglo XVIII comienzan a tomar especial relevancia las tres instituciones basales de la presente investigación. La medicina, como se ha visto, empieza a abarcar no sólo a la enfermedad en su concreción, sino a la vida social en su conjunto. La educación, con la expansión de la alfabetización y el nucleamiento de los estudiantes en espacios concretos, será la excusa más factible para la consolidación de un deber ser, de una hegemonía propia de una racionalidad que se estaba apropiando hasta de los micro espacios moleculares de los individuos. La familia, debía seguir los lineamientos de la familia burguesa, donde la producción y reproducción de la vida cotidiana permitía la continuidad del modelo de sociedad imperante, en la confluencia de cada unidad doméstica.

Las ideas rectores de la época pregonaban las ilustres ideas de un positivismo sumamente arraigado al saber. Autores como Acosta, Ardao y otros le llaman a este positivismo “la forma de objetividad social burguesa” (véase: Bentura, 2006), en tanto el pensamiento positivista se basa en la sociedad organizada a partir del trabajo abstracto y el tipo de objetivación y objetividad que de éste derivan, presentes en el mundo objetivo y subjetivo. Este pensamiento positivista se opone radicalmente a la metafísica.

En este proceso ilustrado, surge también la construcción de una imagen de proyecto de “hombre”, que, como se ha visto, aspira a la emancipación como realización humana y en el conocimiento racional el medio para alcanzarlo. La Ilustración es un capítulo histórico de este largo Proyecto Iluminista (surgido en la Grecia Clásica), que lo trasciende y que puede tener otras determinaciones, otras concreciones. En ambos períodos históricos y momentos civilizatorios, los contenidos de los proyectos versaban en la mentada emancipación y en el logro de la misma a través del conocimiento; las formas fueron disímiles, entre otras cosas, por los lazos de ser-

vidumbre que en la primera abundaban (por la esclavitud) y en la segunda etapa escaseaban.⁷²

En este sentido, la noción de “hombre” (como ser particular) se configura en la polis griega en el ciudadano (hombre liberado del trabajo) quien participa en la gestión pública en el Agora; la teoría aquí se presenta como contemplación. Para los siglos XVII y XVIII se da un florecimiento en las artes y una fijación en las lenguas nacionales, así como la condensación del capitalismo con el surgimiento de la burguesía como determinante en lo social, político y económico. Será esta concepción de hombre, propio de una clase social, con ciertos arreglos, mediados por sus logros visualizados a través de la revolución industrial, que llevarán sus valores al plano de la hegemonía cultural. Ésta traía consigo la promesa de la emancipación humana, más no fuera haberse conseguido, según varios autores al menos la emancipación política. Comienza en esta época a surgir la “felicidad” como una nueva idea, enmarcada en una utopía alcanzable.

En el siglo XVIII europeo, se consolida la concepción de “pueblo” desde lo político, como bloque histórico de clases diferentes, “inventado” por la burguesía y el Tercer Estado. El hombre es el propietario burgués. Con la Ilustración se logra una universalización que no existe entre los griegos, mundialización de los mercados, superación de las restricciones conceptuales de los pueblos griegos. Pero, también, cambian los medios: conocimiento racional, la “conciencia moderna”. Empieza a constituirse la economía política clásica (Adam Smith: 1723- 1790), como teoría que busca comprender y explicar una nueva forma de riqueza social, diferente al orden feudal, que se podía movilizar. Así, su objeto se centra en comprender la producción y distribución de esta nueva forma de riqueza social, considerando al trabajo como vector fundamental del capitalismo que crea valor social. Comienzan a percibirse claramente las diferencias de clases sociales al estudiar la distribución (además de la producción): al hablar de

72 La mayor parte de los contenidos que se presentan a continuación en este punto, fueron retomados de una ficha de clase de autoría propia en base al curso con el Prof. José Paulo Netto en el marco del Doctorado. De esta manera, más allá que las formas de la escritura son propias, los contenidos remiten a dicho autor.

salario se refería al proletariado, lucro a burguesía y renta a propiedad. En este sentido, la economía política es el embrión de la teoría social como marco comprensivo interpretativo de la realidad social. La posibilidad de pensar el mundo contemporáneo es a través de la Ilustración, donde el conocimiento del mundo se da por el conocimiento de la naturaleza. Desde esta perspectiva, pareciera que simplemente habría que “manipularlo”, “transformarlo”, hacer del mundo otra cosa, no quedando tan explícita la dominación y el servicio de la razón moderna para tales fines.

Sin embargo, para el siglo XIX, las proyecciones ilustradas se vuelven cada vez más ilusorias, no lográndose un desarrollo económico armónico. Los pensadores burgueses empiezan a sacar conclusiones “socialistas” de sus sistemas (David Ricardo,⁷³ 1772-1823). En 1846-47 se produce la primer crisis económica que trasciende Inglaterra y llega a toda Europa. En febrero 1848 ocurre la Revolución de Paris, tal como se vio precedentemente. Los cada vez más fuertes antagonismos entre burgueses y proletarios surgen a la superficie, culminando en la Revolución Francesa del año 1789. En este contexto, las luchas políticas se vuelven luchas de clases, en tanto la clase obrera europea trae a conciencia sus intereses históricos, dejando su condición de clase en sí para configurarse en clase para sí. Con ello, por ende, cambia el rol socio-histórico de la burguesía, en tanto deja de ser clase revolucionaria para ser la clase ahora conservadora. Para mediados del siglo XIX, el Estado se convierte en estado burgués ampliado, en tanto mantiene sus aspectos represivos pero incluye la generación de consensos.

Desde el punto de vista de las representaciones teóricas y de la reflexión sistemática, la crisis de 1929 marcará un punto de inflexión para estas sociedades occidentales en pleno proceso de modernización y avance capitalista, todo lo cual era logrado gracias a los embates sistemáticos del disciplinamiento a través de las instituciones. Mucho de aquello que es formulado por Keynes en 1936 estaba en proceso en Estados Unidos y la Europa Escandinava. El veía que la única salida victoriosa para la burgue-

73 Fue uno de los miembros más importantes de la Escuela Clásica de Economía Política. Su lógica rigurosa y la búsqueda de la verdad objetiva han sido la base de las tentativas del neoliberalismo y de los análisis de Marx acerca del capitalismo.

sía era abandonar los postulados del viejo capitalismo, debiendo el Estado intervenir sistemáticamente en la vida económica a través de determinadas formas de regulación económica, esto es, la intervención estatal para la reducción de los ciclos de crisis económica. Estas ideas de Keynes no se aplican ya que en 1939 estalla la 2ª Guerra Mundial, por lo que hay una reconversión para la economía bélica lo cual superó (postergó) nuevas crisis. Keynes fallece en 1946, no sin antes haber dejado entre sus legados la contribución en la creación de las financieras mundiales (Banco Interamericano de Desarrollo –BID-, Fondo Monetario Internacional –FMI-).

De la 2ª Guerra Mundial el único país que aparece realmente como vencedor es Estados Unidos, ya que más allá que Inglaterra y Francia conformaban el grupo de “países vencedores” sus territorios y fuerzas productivas quedaron destruidas. Y esto lo aprovecha en su favor con respecto a Europa: traba el desarrollo soviético (había que parar el comunismo de alguna manera); traba el movimiento obrero en Europa Occidental; subordina el capitalismo Europeo al nuevo centro económico que son ellos mismos (Plan Marshall). Por su parte, Inglaterra, ya desde 1942 empieza a planificar el día después de la derrota a Alemania, sabiendo que su movimiento obrero va a reclamarle; de esta manera, lleva a una fuerte unión entre el Partido Laborista y el movimiento obrero: la burguesía inglesa tiene que dar algo a su clase obrera porque le dejó claro que le va a cobrar luego de la guerra. Aquí sí se incorporan las propuestas keynesianas en relación al papel del Estado como interventor en la economía y regulador social del mercado. El Estado ya no puede garantizar las condiciones externas de producción y bien público, por lo que se debe incluir en la agenda pública políticas macroeconómicas que permitan reducir los ciclos de crisis, para lo cual son necesarias las masas sociales. De todas maneras, estas intervenciones no resolvían los problemas de fondo.

El Estado de Bienestar Social, que se piensa se erige en la Inglaterra post 45, ya desde la década del '30 estaba llevando su curso en la Europa Nórdica pero con otra matriz. Así, dependiendo de los lugares y momentos de implementación, este Estado de Bienestar adquirió formas distintas según los países: Clásica (Inglaterra), Nórdica (Finlandia-Suecia); Mediterránea

(Francia-Italia). En Estados Unidos, sin embargo, dista bastante de tal emprendimiento, teniendo sí ingerencia el Estado en dos ámbitos: por una lado, en lo económico, en tanto remite su espacio de intervención a los medios de transporte, producción energética, etc., donde las tasas de ganancia son bajas o reducidas, pasando a producir aquello que a la burguesía no le interesaba; por el otro, en lo social, reconociendo los derechos sociales a través de la implementación de algunas políticas sociales esenciales. Es decir, que este estado burgués que toma la arquitectura de Estado de Bienestar busca las mejores condiciones para acumular y sus mejores formas de legitimación. Pero esto resulta contradictorio en sí mismo, Keynes lo sabía y para él era resuelto en la lucha de clases. Hayek, por su parte, marcaba la existencia de obreros y capitalistas en una lucha casi darwiniana que llevaría a sobrevivir a los mejores. Su blanco inmediato son las proposiciones de Keynes, por su tendencia a negar al propio mercado en su proceso de crecimiento. Sin embargo, entre el '45 y '50, con la reconversión europea a través del Plan Marshall, las ideas de Keynes ganan popularidad, no por su valor heurístico, sino porque la dinámica capitalista se extiende hasta la transición entre los '60 y '70 va a reflejar los ciclos de crisis repetidos pero con menor intensidad y los ciclos de expansión son más extendidos. En estos treinta años se reveló que era posible manipular racionalmente una serie de instrumentos institucionales que controlaban el mercado.

Entre 1960 y 1970, los mecanismos de regulación hacen que se revierta el programa predicho en tanto aquello que se daba como largas olas expansivas de crecimiento puntualizadas por crisis con efectos e impactos poco significativos se invierte, por lo que las expansiones se tornan más cortas y las crisis más largas. Ahora sí se ingresa a una larga ola recesiva: crecimiento residual, ofensiva clara contra trabajadores y precarios reguladores estatales. Esto generaría, por un lado, movimientos antidemocráticos de combate a organizaciones sindicales, o sea, ofensiva represiva contra trabajadores; por otro lado, una ofensiva contracultural de regulación estatal. En relación a esto último, los críticos del '45 se vuelven los operadores de la economía, intentando saquear el fondo público por privatizaciones, lo que supone una nueva cultura política. Para ello, es necesaria una ofensiva neoliberal

que supone la reducción y supresión de la regulación social del mercado por el Estado: se propone un Estado mínimo para el trabajo y máximo para el capital, por lo que hace un ataque sistemático al trabajo organizado (informalización mercado laboral). Al mismo tiempo, la industria bélica se extiende en todas partes y de diversas formas. En este contexto, termina por derrumbarse el Estado de Bienestar Social en la mayoría de los países donde se estaba implementando y con él todas sus realidades y todos sus mitos. El Estado de Bienestar terminó siendo una excepcionalidad, tan derruida como la experiencia del socialismo real.

Para fines del siglo XX se llega con más preguntas y promesas incumplidas que certezas. Ahora ya no son cuestiones teóricas y políticas (fracaso del Estado de Bienestar y del Socialismo Real), algo está errado y esto es la concepción de razón. Parecería ser que la modernidad se ha agotado, ya sea por falacia o por inviabilidad, cuestión que de hecho y hoy día se comprueba, no sucedió.

En este correlato de hechos, “América Latina no tuvo un pasado “virtuoso” en materia de distribución de los frutos del crecimiento económico y tampoco ha tenido un virtuoso pasado político. Antes bien, el legado colonial que marcó desde el inicio la desigual apropiación de los frutos del crecimiento económico, sentó las bases que hacen hoy de éste, el continente más desigual del mundo”, al decir de Moreira. (Moreira, 2002: 30) Varias fueron las determinantes para tal afirmación: la explotación de las poblaciones nativas, la concentración de la tierra en unos pocos con un modelo de explotación extensiva, contrarrestado por explotación intensiva de la mano de obra sin derechos sociales. Recién hacia mediados del siglo XX se logran diferenciar ciclos económicos de crecimiento, fundamentalmente debido al contexto internacional (2º Guerra Mundial, ajena por distancia y cercana por productos exportados para los países en pugna). La desigualdad predicha de América Latina, también encontró sus expresiones en los procesos de modernización e industrialización tan divergentes a lo largo del siglo XX de los países que la constituyen.

En particular, la crisis de los años 80s y el legado autoritario introdujeron la “teoría” del “goteo”, según la cual sólo asegurando el crecimiento económico podía esperarse algún “goteo” de los frutos del mismo hacia los estratos más pobres. Esto fue complementado con la idea que la única manera de imponer un “ahorro forzado” de los países, era a través de la instalación de regímenes autoritarios, que reprimieran fuertemente la demanda, y desmovilizaran a los sectores afectados por las reformas económicas en boga. Nuevamente, la política social fue relegada a un lugar subordinado a las recetas de política económica que se impusieron en masa, producto de la crisis de la deuda, y de la “hegemonía intelectual” del paradigma neoclásico. (Moreira, 2002: 30)

Para los años '90, década llamada de “reforma estructural”, la mayor parte de los países latinoamericanos llevaron adelante reformas direccionadas desde el norte, con mandatos concretos en cuanto a la estabilización y ajuste estructural. La reforma económica se orientó específicamente hacia una mayor libertad de mercado y desresponsabilización del Estado en sus rol esencial y regulador. Este proceso de reformas sucedidas (impuestas) son asimiladas al llamado “Consenso de Washington”, “un paquete de medidas que incluían: disciplina fiscal, reforma tributaria, liberalización comercial y financiera, privatización, desregulación y estabilización”. (Moreira, 2002: 32)

Entre las conceptualizaciones más importantes sobre el tema, se han diferenciado las medidas de “estabilización”, y las medidas llamadas propiamente de “ajuste” o “reforma estructural”, que suponían el cambio de una estrategia económica basada en la sustitución de importaciones impulsada desde el Estado, a una reforma de “orientación al mercado”, con reducción del Estado, privatizaciones, desregulación y apertura externa. Desde mediados de los 80s y principios de los noventas, las tareas básicas de la reforma se caracterizaron por la búsqueda de la estabilización macroeconómica, la apertura de los mercados y el ajuste estructural, pero los objetivos fueron básicamente orientados a la esta-

bilización: contención de la inflación, reducción de los objetivos fiscales y estabilización del tipo de cambio. Mientras tanto, la privatización fue asumida como un remedio a la “crisis financiera” del Estado. (Moreira, 2002: 31)

Los costos sociales de estas décadas últimas del siglo XX fueron para América Latina muy altos, logrando recién comenzar a superarlos en la mayoría de sus países con la entrada del nuevo milenio y con éste la apertura hacia una nueva manera de abordar las temáticas económicas, políticas y sociales, con la asunción de gobiernos progresistas en varios de los Estados latinoamericanos.

El Uruguay Moderno. “De la barbarie a la civilización”.

Resulta necesario retrotraerse en la historia nuevamente para ubicar al Uruguay con sus procesos políticos, sociales, económicos y culturales, pero sobre todo en sus sensibilidades, en el contexto recién esbozado del mundo occidental y la particularidad latinoamericana.

Al decir de Barrán (1992), el Uruguay del siglo XIX será el del freno de las “pasiones interiores”, por contraposición a una historia de emociones, de risa y goce, de pasión exacerbada, de la casi nula intimidad, del cuerpo desenvuelto. Ese era el Uruguay “*de la barbarie*”,⁷⁴ el que hubo que superar, disciplinamiento mediante con un profundo proceso de medicalización que lo transversalizó, para llegar a ser un país *civilizado*, moderno y adelantado en leyes sociales para la época a comienzos del siglo XX. Tal período de la *barbarie* encuentra sus etapas de inicio por comienzos del 1800 y se extiende hasta la década de los '60 de dicho siglo, cuando comienzan reformas que marcarán la historia colectiva del país y que tendrán su mayor

74 “Hemos utilizado para las dos formas de sensibilidad que se suceden en el siglo XIX uruguayo, los términos de “bárbara” y “civilizada”. Ellos revelan, con el espléndido prejuicio cultural y de clase con que fueron aplicados por los sectores dirigentes, cómo lo cultural se halló indisolublemente ligado a lo social. Y, además, dan al texto un color de época que en esta clase de historia consideramos esencial.” (Barrán, 1992: 13).

lucidez en el Primer Batllismo (primera década del siglo XX) y promediando los años '30.

De esta cultura hemos investigado particularmente su actitud ante la violencia física, ante la actividad lúdica, las formas que asumió la sexualidad y sobre todo, la “reflexión” sobre lo sexual y la relación del hombre con la muerte y la de los otros. Violencia y sexualidad encarnan, en realidad, dos referencias a un solo hecho: la actitud ante la vida. El otro componente, la actitud ante la muerte, completa y cubre, a nuestro entender, los problemas básicos de toda cultura. (Barrán, 1992: 12)

En esta época bárbara se practicó la violencia física justificada como el gran método de dominio del Estado sobre sus “súbditos”, y en la misma relación de los “amos” (padres, maestros, patrones) sobre los “subordinados” (hijos, niños, peones). Pero, a su vez, se jugó y rió casi a la par de lo que se trabajó, la sexualidad distaba de ser un tabú, y la muerte era parte de la fiesta de esta vida de antagonismos. Así, la *barbarie* es entendida como *sensibilidad de los excesos* en el juego y en el ocio, en la sexualidad, en la violencia, tanto en la vida privada como pública. Más allá de tener esta barbarie algunos oponentes con ideas civilizadas de una Europa lejana territorialmente, éstas no tuvieron cabida hasta pasada la primera mitad del siglo XIX. (Barrán, 1992)

En medio del ocio que la economía facilitó, del igualitarismo que la estructura social ambientó, de la plebeyez “guaranga” que una sociedad sin tradiciones fomentó y de una sociedad que coartó escasamente las pulsiones, los movimientos del cuerpo fueron desenfadados y el hombre jugó. Todos jugaban, a los juegos que criticaron las clases altas “bárbaras” -los de azar y por dinero- y a aquellos que estas empezaban a entrever como trabas para su condición de dueñas de los instrumentos de producción, las fiestas del verano y el otoño, con el Carnaval a la cabeza. (Barrán, 1992: 97)

Esta época bárbara pareciera la contracara a todo lo moderno y civilizado que hasta ahora se ha planteado, hasta en el mismo dominio de la naturaleza a través de la razón instrumental. El Uruguay de esta época no podía distar más de tal empresa. En principio, la naturaleza dominaba al hombre, por oposición a la dominación del hombre sobre la naturaleza para la supresión de las carencias materiales. Pero el punto es que las carencias materiales (de alimentación, vivienda, agua) eran fácilmente satisfechas con apenas trabajar. Para el Uruguay (Banda Oriental en principio) de la primera mitad del siglo XIX, los individuos eran parte constitutiva del paisaje natural exacerbado, la civilización parecía haberse olvidado de esta parte de América.

No tenía casi puentes, ni un solo kilómetro de vías férreas, los ríos separaban las regiones en el invierno durante meses, las diligencias demoraban cuatro o cinco días en unir Montevideo con la no muy lejana Tacuarembó. El calor y el frío eran ingobernables; el carbón vegetal y la leña, únicas fuentes de calefacción, aliados con los ladrillos calientes en las camas, resultaban insuficientes en invierno. El frío era el estado natural de todos los habitantes entre mayo y setiembre y por eso deseaban tanto “el veranillo de San Juan”. (Barrán, 1992: 17)

En este paisaje desolado y abatido por la naturaleza en la campaña del país, también estaba desolado el género humano, a la proporción de ni siquiera un habitante y medio por km². Y abandonado andaba también el ganado vacuno en montes y llanuras que se reproducía en abundancia pero que era un animal bravío para las peonadas. Montevideo, más allá de ser el primer puerto natural del Río de la Plata, con fuerte inmigración francesa, italiana y española, distaba mucho de una urbe capitalina: cerdos en las calles (hasta su prohibición recién en 1868), olores fuertes (los habitantes orinaban y defecaban en las calles a falta de un mínimo saneamiento que no llegó hasta 1856; era un gran depósito de un país ganadero –cueros, carne, tasajo-), silencios (más no fueron los ruidos propios de la naturaleza y algún carro y persona en movimiento). (Barrán, 1992)

No sé si se puede decir mejor un probable efecto del mundo que captaban aquellos orientales. La variedad cromática, la ejercitación del olfato, las descargas de adrenalina ante lo que ocultaban esas malezas presentes por doquier, la noche más noche, el silencio inmenso, ambientaron el uso alerta y permanente de los sentidos, incluidos aquellos que la civilización hace perecer: el olfato, el oído, el tacto. No solo se miraba, también se palpaba, se olía, se escuchaba. Cuando veamos a esos hombres conducirse de modo que nos parezca incomprensible, su no tener “medida para nada” ni hacer “alto en el pudor” o el juego, recordemos, no para explicarlo, sino para añadir otra pincelada al cuadro, este paisaje. (Barrán, 1992: 22)

Si la población era escasa, en las épocas de epidemias se transformaba en mayor desolación aún: los primeros meses de 1868 fueron signados por la primera epidemia de cólera, seguida por una segunda epidemia de fiebre amarilla a comienzos de 1873, y hacia 1886-87 se sucedió la segunda gran epidemia de cólera, todas éstas en Montevideo principalmente. Si había demasías eran en natalidad, que se “neutralizaba” por una alta tasa de mortalidad y de hombres llegados en las oleadas inmigratorias.

En aquel Uruguay, la vagancia⁷⁵ o la labor zafral como único empleo, eran probabilidades reales ante la baratura de la carne, las escasas necesidades que sentía la población rural, los salarios altos que debían abonarse a los “no propietarios” para que trabajasen, y la posesión por todos de caballos. ¿Cómo disciplinar a los pobres y obligarlos a servir cuando son jinetes, están armados y el alimento a menudo se les regala o lo toman? Los sectores dominantes -tan poco dominantes en este plano, en verdad-, aquellos cuya voz siempre oímos por su virtual monopolio de las fuentes escritas en los siglos XVIII y XIX, juzgaron con

75 Nota al pie de la investigadora: “Escribió el unitario Florencio Varela en 1834: “Son más bien perezosos que activos; conociendo poquísimas necesidades se afanan poco por adquirir los medios de satisfacerlas; se contentan con ganar lo necesario y jamás piensan en atesorar, ni aún cuando tienen hijos...” (Barrán, 1992: 33)

odio y desprecio estos rastros que no pudieron desterrar. (Barrán, 1992: 32)

Para los ojos de una sociedad europea ya civilizada, esta sociedad los desconcertaba, entre la extrema libertad física, la insubordinación, la independencia, la altivez. Parecían no haber distinciones, al menos a simple vista, entre los “sin propiedad” y los grandes terratenientes, que se juntaban sin aspavientos en una misma fonda o taberna, usaban casi las mismas ropas, se alimentaban con los mismos productos, casi no tenían educación, sus hábitos y maneras eran similares. En ese contexto, era una sociedad de iguales. Y si quedaba alguna esperanza llegada por las oleadas inmigratorias de aquellos pocos que deseaban parecerse en algo a la Europa moderna, la perdían como se perdían estos noveles lugareños ante tanta libertad, ocio y desenfreno. Los trabajos predominantes eran aquellos en los que se ejercitaba la musculatura y afloraban las destrezas físicas, lo que “simplemente encauzaba dentro de conductas determinadas la agresividad del hombre, pero no la creaba, ni tal vez la magnificaba”. (Barrán, 1992: 39)

Las guerras civiles eran más frecuentes que infrecuentes, se sucedían a lo largo de esta *época bárbara*. Y con ella la disciplina sexual se indisciplinaba más aún en encuentros fortuitos, lo que la *sensibilidad civilizada* tildaba de *desenfreno*. Y en ese marco, tales guerras eran más tomadas desde lo lúdico, vividas como un juego, que el peso de lo tremendo de la *civilización*:

La guerra civil daba al gaucho conciencia de su importancia física en aquella sociedad que lentamente se iba transformando en burguesa, le restituía la dignidad personal que a veces perdía como peón de estancia, y lo volvía “insolente”, “bárbaro”, decían los patrones. El lento trabajo de disciplinamiento a que el estanciero sometía su mano de obra, lo destruía de la noche a la mañana esa aventura guerrero-lúdica. (Barrán, 1992: 43)

El *ejercicio del poder* por parte de la sociedad, la cultura y el Estado era a través del castigo de los cuerpos más que de represión del alma. Que si bien ambos dispositivos del poder podrían confluir, en esta época bárbara

primaba por excelencia el de los castigos físicos, lo que antagónicamente pasó luego con la civilización. Los principales encargados de hacer uso de este ejercicio eran el ejército y la policía, el maestro, el cura, el patrón y el padre de familia; los cuerpos y almas a corregir eran niños, mujeres, delincuentes, y las “perezosas clases populares”. (Barrán, 1992)

La *niñez* en esta época bárbara jugaba verdaderas batallas, con hondas, piedras y navajas. Solían terminar lastimados y hasta corrían riesgos los individuos que cerca de estos juegos y jugadores paseaban. La concepción de niño tenía sus influencias en la doctrina católica del “pecado original” lo que habilitaba a los que ejercían del poder a desplegar sus métodos sumamente castigadores de los cuerpos en lo físico. Una de las instituciones, como la educativa, en la que se podrían esperar algunos resquemores en este sentido y apuntar hacia las represiones sólo del alma, lejos estaba de esto y utilizaba métodos de castigo físico para controlar esos cuerpos indisciplinados. La *muerte* era otra instancia de fiesta y juego, fundamentalmente en los llamados “velorios de angelitos”, o sea, de los niños. Se tenía como creencia popular, traída de costumbres andaluzas, que la muerte de un niño debía ser motivo de baile para festejar su entrada en la Gloria. Y así, en muchas oportunidades este *angelito* recorría varias casas durante varias noches, a pedido de vecinos (en demostración de amistad a los padres) y pulperos (para vender sus productos).

La violencia física del maestro, clave del sistema pedagógico “bárbaro”, no se agotaba en el castigo del cuerpo del niño, se ejercía también sobre el alma. Por eso era que el método elegido para dominar la inteligencia del educando era apresarla: el estudio se hacía en base a ejercicios memorísticos, al aprendizaje de respuestas que debían decirse exactamente como estaban escritas en libros llamados, sugestivamente, “catecismos”, incluso con las inflexiones en el tono de voz que los signos de puntuación indicaban. (Barrán, 1992: 84)

Las *mujeres* también ejercían violencia física con frecuencia entre ellas mismas ante cualquier discordia, las de todas las clases sociales. Eran éstas

mismas las que, objeto esencial de la sensibilidad bárbara,⁷⁶ generaban espacios para la soltura de los cuerpos y el desenfado en la *sexualidad*. Para las restricciones civilizadas de los europeos, era impensable y cuestionable que las “señoras” fuesen “solas y descuidadas y aún en horas avanzadas” por las calles y plazas de la ciudad”. (Barrán, 1992: 149)

Era tal el desenfreno, la importancia del *juego* y de la *risa*, que el 28 de diciembre, Día de los Santos Inocentes, era el día del año dedicado “legítimamente” a las bromas, de todo tipo y forma, entre amigos y enemigos, padres e hijos, patronos y sirvientes: “La risa nivelaba, rompía todas las jerarquías y rehacía el mundo utópico de la igualdad (...) tenía la cualidad esencial de la risa, ponía el mundo del revés y al descubierto de las tramas de todos los órdenes establecidos”. (Barrán, 1992: 95) El juego era parte constitutiva del ser en esos momentos, ser bárbaro para la civilización que intentaba arremeterse en esta sociedad tan de iguales, pero que distaba enormemente de una igualdad simulada a la hegemonía que luego vendría a imponerse, por otros carriles y apelando a otros direccionamientos ya explicititos de un mundo del deber ser moderno. Tanto era el juego y la risa esencial que desde fines de diciembre, entre Navidad, fin de año, Reyes y los bailes, Carnaval en febrero, Cuaresma, Pascuas y las fiestas de santos y patronos de las ciudades, hasta fines de junio no había mucho espacio más que para tales menesteres.

Los *cuerpos* de este contexto actuaban con desenvoltura y desenfado, raramente encorsetado por la ropa, salvo para los hombres de las clases altas que eventualmente debían empezar a usar camisas con cuellos. Las mujeres, las más recatadas, pocas usaban corsé y sólo en la medida que pudieran lucir sus formas con desenfado: “El cuerpo desenfadado fue también, sucio. Por el escaso instrumental y conocimiento de la higiene, se dirá. Es una razón, aunque cabría preguntarse si la limpieza del cuerpo como valor social no es primero una exigencia del alma, de la cultura, y de ella derivaría luego el instrumental que la facilita y la “ideología” médica

76 “En el Montevideo “bárbaro” no tenía cabida Goethe sino Acuña de Figueroa y sus versos a las beatas: “Que importa, señora mía/ Que, por pudor vuestro/ Cerréis la puerta al Ave María/ Si la abris al padre nuestro”.” (Barrán, 1992: 167)

que la promueve.” (Barrán, 1992: 104)

El *clero*, figura esencial para la imposición del puritanismo a lo largo de todo el mundo occidental católico, participaba en buena medida de las conductas de la mayoría de la población, por lo que imponer un puritanismo en las costumbres sexuales o en los juegos era impensable, menos aún cuando, como ocurría tendencialmente, se “contagiaba de sus feligreses”. Era un *clero bárbaro* y como tal actuaba y vivía.⁷⁷

En el Uruguay “bárbaro” el sentimiento ligaba a los hombres más que, o tanto como, las ideas, los intereses y las relaciones contractuales. Pocas épocas dieron tanta importancia a la amistad y a la enemistad masculinas como ésta, estando ellas a menudo en la base de las adhesiones o rechazos políticos a los caudillos de turno. El sentimiento también irrigaba las relaciones de trabajo que hoy en día son puramente contractuales y ese hecho desleía las oposiciones sociales. El empleado de tienda vinculado a un patrón cuya historia y familia conocía, y el “agregado” del estanciero, tenían relaciones personales tan estrechas y afectivas -que no necesariamente afectuosas, distingamos- con sus superiores, como el seguidor o el antagonista del caudillo con éste. Las relaciones políticas y de trabajo eran, en parte, relaciones de hombre a hombre que contenían virtualmente tanto la amistad y la confianza como el odio y la desconfianza. Lo que en ellas no existía nunca -como comenzará sí a existir durante la época “civilizada”- era la indiferencia y el anonimato. Se vivía, entonces, en una red de relaciones sentimentales que la pequeñez demográfica del país favorecía. (Barrán, 1992: 209)

⁷⁷ Un ejemplo de este clero bárbaro y las manifestaciones similares al resto de la población, está dado en un altercado entre dos curas que fue sucediéndose vía anuncio de los periódicos. Porque eso también era parte constitutiva de la barbarie, la indistinción entre lo público y lo privado: “... yo hago todo lo posible para cumplir mis deberes, [empiece] VS a cumplir los suyos y a no ser fariseo [...] Espero que de aquí en adelante tendrá VS todo el cuidado [...] templando el humor caliente de su cabeza con el uso moderado de la botella.” (Barrán, 1992: 154)

En el marco de esta sociedad bárbara, la sociedad civilizada fue apareciendo “subterráneamente”, en todos los grupos sociales a la vez, “como una obra anónima y colectiva”. Lo núcleos dirigentes de los intereses y las clases altas, fueron los que solapadamente, en un principio, intentaron con más ahínco comenzar a introducir los nuevos “valores”; ya luego de forma visible y con la imposición del ciclo de las primeras reformas estatales, a partir de los años ’60 del siglo XIX. Éstas orientaron sus primeras líneas de disciplinamiento en la superación de la violencia física y juego exacerbados, ya que ambas identidades del ser bárbaro comprometían el “progreso”. El ejercicio del poder, ahora sí pasa por la represión del alma antes que el castigo del cuerpo: “convencer al hombre de su culpa, convencerlo antes que vencerlo, he ahí el camino a seguir si se deseaban muchedumbres rurales trabajadores por ser “temerosas de Dios”.” (Barrán, 1992: 225); “Cuando el hombre no soporte ver el suplicio de otros hombres, cuando, sobre todo, predique que no puede seguir mirándolo y la sociedad no debe mostrarlo más, habrá nacido la sensibilidad “civilizada”, aquella que más que eliminar nuestra agresividad, la oculta pudorosamente.” (Barrán, 1992: 61)

Así, el positivismo en su forma civilizatoria de la sociedad, se impuso en el Uruguay de las últimas décadas del siglo XIX, siendo los gobiernos militares los que mayor incidencia tuvieron en este triunfo. El gobierno de Larrañaga, de 1875 a 1880, se reconoce por lo general como el primer punto de inflexión del Uruguay moderno, siendo uno de sus grandes colaboradores José Pedro Varela, figura emblemática para el disciplinamiento infantil por su incidencia en la educación. En 1877 se funda la Facultad de Medicina, como la primer gran trinchera positivista y civilizadora. Al decir de Ardao (*apud* Bentura, 2006) la década de los ’80 del siglo XIX queda imbuida por las ideas del positivismo spenceriano, instituyéndose principalmente en los sectores ilustrados como mentalidad práctica. Estas ideas alcanzan la política, la filosofía, la religión de esos años, generando las bases para el proceso de secularización propio del estado moderno positivista, identificado con las corrientes liberales y anticlericales. La separación entre religión y filosofía, tan propia de las ideas positivistas, se va interiorizando en el plano del ser en lo que luego será, la separación de la Iglesia y el Estado, característico

y distintivo de la sociedad uruguaya en el contexto latinoamericano.

La base orgánica del positivismo redonda en el saber médico como “portador de la ciencia”, lo que posibilita la extensión de sus raíces en su acción más allá de lo clínico. Se impuso así un nuevo saber dominado por un nuevo sujeto cargado de conocimientos: el médico. Así: “La medicalización de la sociedad – la asunción por la cultura de los derechos de la salud- tuvo, pues, su contra cara: la socialización del saber médico, es decir, la infiltración de los valores, la mentalidad y la sensibilidad dominante en el saber científico” (Barrán: 1992: 17)

Tal como plantea Bentura (2006), esta conjunción de elementos constituyen el proceso de secularización del Estado moderno, desacralizando la vida social tempranamente iniciada en el Uruguay:

El culto de la salud como valor absoluto condujo y a la vez fue alimentado por la medicalización de la sociedad: Ese descubrimiento, por que lo fue, implicó un cambio en la titularidad de los dirigentes y creadores de las conductas morales aceptadas, pues el cura fue sustituido por el médico en la dirección de las conciencias individuales. La entronización de la salud como el Bien significó dar muerte a Dios y dar vida al cuerpo. (Barrán, 1992: 47)

Entre 1900 y 1930 se consolida el proceso de medicalización de la sociedad, higienismo mediante, en tanto “expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos, dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social” (Mitjavila *apud* Bentura, 2006: 48), constituyéndose el aspecto central de la modernidad. Resulta en los primeros años del siglo XX, con el primer gobierno de José Batlle y Ordóñez (1903-1908), que se consolidan los procesos medicalizadores en la sociedad uruguaya, lo cual es retomado como otro de los grandes hitos en la historia civilizacional del país. El primero con la vinculación de la reforma educativa (Reforma de Vareliana de 1879), el segundo con el higienismo como proceso medular de la medicalización hasta en los puntos más ínfimos de la sociabilidad (con las reformas del primer Batllismo). Dos

de las instituciones que han recorrido y han sido recorridas a lo largo de todo el trabajo.

Y no en vano, éstas dos instituciones fueron las que marcaron el proceso de modernización en el Uruguay. Tal como se ha analizado reflexivamente desde Sartre y Heller, el sujeto individual y colectivo es “*producto de su producto*”, su historia particular y genérica son partes constitutivas del hoy día. Que la sociedad uruguaya hoy día responda con absoluta naturalidad a un 30% de medicación con psicofármacos de su niñez, es porque ha interiorizado la medicalización como proceso constitutivo e inherente a su condición de ser particular y ser genérico. Que dos de las instituciones que marcaron los puntos de inflexión más relevantes en el traspaso de la barbarie a la civilización sean justamente las que como dispositivos disciplinarios se han venido analizado hasta el momento no es azaroso.

Que la consolidación definitiva de un Uruguay moderno haya puesto fin a la larga lista de guerras civiles, al desenfreno de los cuerpos en todas sus dimensiones, a los constreñimientos vía ejercicio del poder bajo la culpa y no el castigo físico, son parte de las pérdidas/ganancias que todo cambio, tan radical además, conlleva. La estabilidad política lograda que permitieron mejoras en la producción ganadera e industrial, la promoción de políticas sociales que contuvieran a los trabajadores bajo premisas moralizadoras, la incorporación de los “sectores populares” en la política a través del voto ampliado, etc. fueron puntos relevantes en la constitución de este nuevo Uruguay surgido en los primeros lustros del siglo XX y que por varias décadas y en varios espacios de la política, la economía y la sociedad eran referencia de “progreso” logrado en tan corto tiempo.

Lo que sucede a partir de la década del '30, otro hito en la historia moderna bajo el gobierno dictatorial de Gabriel Terra, es el reconocimiento y consolidación de reformas y códigos, muchos de los cuales siguieron en vigencia hasta hace muy poco tiempo. Un ejemplo claro de ello es el Código del Niño del año 1934 que recién pudo ser superado por el Código de la Niñez y la Adolescencia en el año 2004.

El período transcurrido entre 1940 y 1960 en el Uruguay resulta complejo, al menos en dos aspectos: el estancamiento del sector agropecuario

en un proceso de recesión de las exportaciones de carne y lana; el proceso de industrialización por el de sustitución de importaciones. Ambos aspectos requerían de un Estado fuerte, presente, proteccionista. Uruguay se va ubicando y va siendo ubicado en una estrategia panamericanista, de alineamiento con los Estados Unidos (en pleno auge, como se ha visto en el punto anterior, tras la 2ª Guerra Mundial) y de utilización de los organismos internacionales de reciente creación para esa época (FMI, BID). Con el llamado segundo Batllismo, con la presidencia de Luis Battle Berres (1947-1951), en un período de sentida prosperidad y auge económico, se da una segunda oleada reformista, imponiendo una acción redistributiva del ingreso por parte del Estado con bases de solidaridad e igualitarismo social, pero, fundamentalmente, como “prevención” a reclamos sociales. La acción del Estado como Benefactor remitía a las bases de desarrollo del capitalismo en el país, entendiendo así que las disputas sociales por la división del trabajo debían ser resueltas por los mismos actores en pugna: Estado, empresarios y trabajadores. Asimismo, para el logro del progreso sostenido se requería de una mano de obra capacitada y un mercado interno con poder adquisitivo, generándose estrategias de subsidios a la producción nacional, congelamiento de alquileres, abaratamiento de bienes de consumo popular, subsidios en el transporte, y políticas específicas de salud, educación y desocupación. Para esta época, también había el Estado adquirido el monopolio de los servicios centrales: agua, luz, energía, transporte, telecomunicaciones. (Ortega, 2003)

El Gobierno no se mueve para borrar injusticias provocando otras injusticias, sino que él actúa en el deseo de acercar a las fuerzas sociales y económicas que distantes entre ellas y en opinión podrían provocar lucha de violentas perturbaciones, y los hechos dicen que las masas populares oprimidas reaccionan fuertemente y la preocupación de los gobernantes debe estar en alejar con mano firme esa opresión para que no estalle esta temida lucha. (Battle Berres apud Ortega, 2003: 55)

Hacia fines de la década del '60 del siglo XX el Uruguay se encon-

traba en el agotamiento del modelo de sustitución de importaciones, un importante estancamiento económico, en un contexto de conflictos sociales complejos. (Moreira, 2002) En 1973 aparece en escena el último proceso dictatorial del Uruguay, quizá el más crudo en sus repercusiones sociales y simbólicas especialmente; proceso que fue “compartido” por la mayoría de los países latinoamericanos. Como plantea Moreira (2002), con el período dictatorial se inició una fuerte reestructuración económica, de carácter “aperturista” y “liberizante”, siendo sus pilares: la apertura del sistema financiero; un retiro gradual y casi definitivo hacia fines de los '70 del Estado en la regulación de precios; una apertura al capital extranjero que implicó una progresiva extranjerización del sistema bancario privado.

Para el año '85, con la restauración democrática, el Uruguay retoma en camino del crecimiento económico, logrando reducir la inflación e impulsando una serie de reformas impuestas durante la dictadura, lanzándose así a profundizar lo que se llamó la “segunda generación de reformas” o reformas de carácter institucional, comenzado en el primer gobierno postdictadura, que tuvo en su agenda primordialmente la consolidación institucional, estabilidad democrática y recuperación de niveles mínimos de bienestar. El hito de este gobierno estará signado por la aprobación de la Ley de Caducidad de la Pretensión Punitiva del Estado, la que cancelaba toda posibilidad de conocer y condenar los crímenes sucedidos en la etapa dictatorial. Sin embargo, también signarían este momento histórico los movimientos sociales, fundamentalmente de las organizaciones de jubilados que logran en 1989 vía plebiscito la indexación de la pasividades según el índice medio de salarios. Las principales reformas dentro de este período reformista se sucedieron con el segundo (1990-1995) y tercer gobierno democrático (1995-2000), donde se destacan procesualmente (entre los dos períodos): ajustes fiscales reiterados, impuestos a los sueldos, shock tributario, apertura comercial con la región (se firmó el Tratado de Asunción que dio nacimiento al Mercosur), desmantelamiento de los Consejos de Salarios, desregulación en materia laboral, atraso cambiario, reforma de la seguridad social que sustituyó el sistema anterior por el de la capitalización individual creándose para ello las Administradoras de Fondos de Ahorro

Previsional (AFAP), reforma educativa restringida a la educación pública. Se intenta en este período ser acorde con los procesos de privatización de los entes esenciales, tan extendido en el resto de América Latina en la década del '90, encontrando resistencias vía referéndums de la sociedad civil organizada. (Moreira, 2002)

...el Uruguay se hizo famoso, en el contexto latinoamericano, por la combinación de “gradualismo” y “heterodoxia” en la implementación de las reformas. El IDH en Uruguay recoge este “sentido común” extendido sobre el proceso reformista en Uruguay señalando que “este proceso de reforma del Estado y desregulación del mercado en los 90s no se apartó de una pauta histórica gradualista y amortiguadora. Precisamente, la evidencia indica que Uruguay implementó un conjunto de reformas en sus políticas públicas y en los instrumentos de regulación de los mercados, que, tanto por su forma (gradualista) como por sus contenidos eclécticos y en casos claramente alejados del consenso de Washington pueden ser considerados como únicos” (IDH Uruguay). (Moreira, 2002: 40)

III.2) Procesos de medicalización para el disciplinamiento.

La medicina se constituye, a lo largo de la historia, como un conjunto de prácticas discursivas y fácticas que constituyen un campo no solo de conocimiento sino también de dominación.
(Bentura, 2006: 50)

Procesos de medicalización en el Uruguay moderno.

En este punto se intenta condensar someramente lo que se ha venido analizando a lo largo de todo el trabajo, ya sea explícita e implícitamente. En la misma lógica del punto precedente de la lógica de lo universal, parti-

cular y singular, se considera que no se puede hacer referencia a los procesos de medicalización en el Uruguay sin darle una procesualidad, devenir y praxis en lo genérico para luego ir develando las particularidades de este país. Se plantea, así, la concreción de la relación entre modernidad y procesos de medicalización en el Uruguay, mediado por el disciplinamiento, en el pasaje llamado de la *barbarie* a la *civilización* a comienzos del Uruguay moderno y modernizado, y en lo sucesivo a lo largo del Siglo XX, para llegar a esta primera década del Siglo XXI.

Foucault resulta uno de los autores que más ha hecho hincapié en los procesos de medicalización como forma de legitimación de prácticas, en tanto dispositivos de poder, en el mundo occidental moderno. El surgimiento de la clínica, constituido como un saber a partir de prácticas disciplinadoras de los sujetos, halla su legitimación en la pretensión de obediencia basada en que su no cumplimiento tiene mayores consecuencias negativas que su cumplimiento.

Aparece la medicina como un espacio instituido e instituyente de relaciones sociales más amplias, que no tienen que ver directamente o solamente con la enfermedad y con la demanda de su cura. Este aspecto pasa a ser cada vez más importante y constituye uno de los ejes del discurso de las estrategias de prevención y promoción de la salud, donde la justificación de la intervención del saber médico no se encuentra en la existencia de una enfermedad, sino en la posibilidad de su existencia. (Ortega, 2003: 15)

Como sus preceptos son científicos, contienen un saber objetivo y calificado, exento de cualquier valoración moral e intuitiva. Por otra parte, su legitimación como disciplina que incide directamente en los cuerpos-mentes de los sujetos halla su respaldo en su preconfigurado principio hipocrático, como parte del secreto profesional. La dominación del saber médico abarca todos los aspectos de la vida del ser humano, ya sea al ciclo vital como al estilo de vida pautados como “estados de bienestar” desde el sistema de salud. No alcanzar tales estado implica factores de riesgo, ya sea

para quien lo padece(ría), aquellos que lo rodean y hasta la sociedad en su conjunto. Así, “la justificación de la intervención en nombre de la salud no es a partir de la enfermedad sino en la probabilidad de su ocurrencia”. (Bentura, 2006: 51): “Paradójicamente, la medicina occidental, que ha insistido en separar su poder de la ley y la religión, ahora lo ha expandido mas allá de todo precedente.” (Ilich *apud* Bentura, 2006: 51)

Los procesos de medicalización de la vida social del mundo occidental tuvieron la “capacidad” de permear distintas esferas del mundo público y privado, de la vida social en general, de sujetos individuales y colectivos, tras el discurso de un saber científico objetivo (positivista) basado en la razón. De esta manera, espacios que con anterioridad eran constituido por otras áreas de la vida social, fueron sistemática y abrasadoramente arrasados por el saber médico. El punto distintivo del saber como ejercicio de poder, en este caso específicamente, se puede encontrar en la distinción (o no) entre salud/enfermedad, única disciplina capaz de diferenciar claramente (y clínicamente) esta línea demarcatoria a partir de sus conocimientos: “Esto significa una intervención creciente en las relaciones sociales en nombre de la salud y el ejercicio de ciertos controles en esos ámbitos que anteriormente eran externos a su influencia. El espacio social pasa a ser controlado en nombre de ciertos objetos que son traducidos como pasibles de ser abarcados por el campo médico.” (Ortega, 2003: 25)

Tal como se ha planteado en varios puntos de la presente investigación, retomando las ideas foucaultianas al respecto, cada cultura define los espacios de sufrimientos, desviaciones, trastornos conductuales, todo lo cual es asible desde el campo médico, al menos de la medicina moderna positivista, esa capaz de clasificar, ordenar, diagnosticar, pronosticar todo en base a saberes acumulados y el “ojo clínico”, menos objetivo que subjetivo. En este sentido, “la enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra –práctica y teóricamente- medicalizado”. (Foucault, 1992b: 27) Al decir de Ortega (2003), la salud pasa a convertirse en un problema eminentemente político, en tanto su relación con la higiene pública, la revalorización del cuerpo en tanto fuerza productiva y la moralización que permitirá encauzar las conductas

desviadas a través de diversos dispositivos de disciplinamiento, resultarán medulares en las sociedades modernas. Viviendo ya en una somatocracia y lejos de cualquier esbozo de teocracia, surge como inmanencia la intervención de lo Estatal en el cuidado de los cuerpos, y la consabida relación salud/enfermedad. La salud será la institución medular del Estado para tal cometido, siendo el cambio esencial para este fundamento que “la vieja salud pública se ocupaba del medio externo, la nueva se ocupa de los individuos. Los antiguos procuraban las fuentes de la enfermedad infecciosa en los ambientes del hombre, la nueva los encuentra en el propio hombre”. (Ayres *apud* Ortega, 2003: 57)

Dentro de los procesos de medicalización que se fueron sucediendo en los países occidentales post 2ª Guerra Mundial, la transformación predicha entre la “vieja salud” y la “nueva salud” encuentra dos aspectos centrales: el preventivismo y el securitarismo. Ambas implican dos facetas del mismo proyecto normativo, interrelacionadas y repletas de contradicciones. El *preventivismo* implica la doctrina médica ampliada de la concepción salud/enfermedad, siguiendo las tradiciones de la higiene y salud pública del siglo XIX. Tales prácticas fueron orientadas a minimizar tanto los padecimientos como los costos de la asistencia especializada. Según Ayres, el preventivismo se caracteriza por “*el predominio de lo individual sobre lo colectivo, de lo técnico sobre lo político, de lo material sobre lo social, de lo médico asistencial sobre lo médico sanitario, de lo privado sobre lo público*”. (*apud* Ortega, 2003: 58) En este aspecto, las conductas de los sujetos concretos pasan a ser campo de observación e intervención para las estrategias médico sanitarias. Con el *securitarismo*, se consolida el saber/poder médico, implicándose cada vez más en la vida social como espacio de intervención profesional. El cuerpo es visualizado desde una lógica positiva de intervención y se halla en la familia el espacio estratégico para el disciplinamiento. (Ortega, 2003)

Según Kickbusch (2002: 15-16), los cambios surgidos en el ámbito de la salud pública, el bienestar y la biotecnología desde el siglo XIX en adelante son tales como para tildarlos de revolucionarios. En tres aspectos sociales influyentes plantea este autor que le habilitan a hablar de “revolu-

ción” en este ámbito, a saber: “*la transformación epidemiológica*”; “*las fuerzas económicas nuevas en materia de salud*”; “*los avances en las ciencias de la vida*”. Cada uno de estos ámbitos contribuyen a cambiar la comprensión que se tiene sobre la salud y las estrategias en pro de garantizar y mejorar la salud de las personas (individual y colectivamente). En retrospectiva, las dos revoluciones en la salud pública que son reconocidas como tal se dieron una en el siglo XIX, la otra en el siglo XX, y se orientan al control de las enfermedades infecciosas y la lucha contra las enfermedades no transmisibles mediante la modificación del comportamiento. Según el autor citado, esto ha traído aparejado que muchas personas gocen hoy día de una mejor “calidad de vida”, más sana y más larga. Asimismo, plantea que a partir de la firma de la Carta de Ottawa (1986) para la Promoción de la Salud, adoptada por la Organización Mundial de la Salud, se está ante la tercer revolución en este ámbito. En esta Carta de Ottawa, se definen cinco esferas de acción fundamentales: políticas públicas sanas, ambientes propicios, acción comunitaria, aptitudes personales y un sistema de salud reorientado. Con ello se aspira a un modelo ecológico y a un enfoque ambiental social de la salud que colaboren a abordar la susceptibilidad de varias enfermedades de hoy día.

Una estrategia consiste en atender los factores determinantes de la salud, agregando la salud como un recurso valioso para las organizaciones sociales existentes aplicando lo que se ha dado en llamar el “enfoque de entornos”. Es decir, promover los lugares de trabajo sanos y las escuelas sanas. Una segunda estrategia es la elaboración de instrumentos y métodos que aborden los efectos en la salud de las políticas en ámbitos que no sean de la salud, responsabilizando así a un mayor número de actores públicos y privados sobre los efectos sanitarios de sus políticas. (...) . Un tercer enfoque es reconocer que el alfabetismo sanitario y el capital social son importantes para el desarrollo social y piden inversiones en la comunidad. Esto se refleja en un fenómeno de los últimos años: los movimientos cada vez más populares a favor de las “ciudades sanas” y los “municipios saludables”. (Kickbusch, 2002: 15)

Ahora, si se retoma lo planteado por este autor, que hace al discurso hegemónico de la salud, qué duda puede haber en que los procesos de medicalización fueron el puntal fundamental para el disciplinamiento en las sociedades occidentales modernas, siempre bajo un discurso “bello” de “bienestar” “calidad de vida”, hasta de un valor podría tildarse de filantrópico de estos sapientes hacia el resto de la población que debería admirarlos por “salvarles las vidas” antes siquiera de tener cualquier enfermedad.

Particularizando este proceso medicalizador, a la hora de sustancializarse el proceso civilizatorio en el Uruguay, pasada ya la década del '80 del siglo XIX, la cifra de niños menores de 10 años fallecidos era del 51% del total de los decesos. La mitad de los muertos, entonces, eran niños. Para el censo de 1908, las familias declaraban el fallecimiento de aproximadamente dos tercios de sus hijos e hijas. De entre todas las enfermedades, la difteria era “*el terror de las familias*”, según dichos de médicos del '900, lo que trascendía esencias como clases sociales, contextos, modos de vida específico de poblaciones. Fundamentalmente, para la *cultura bárbara*, la muerte no aparecía como ese hecho incommovible, definitivo y esencial, opuesto a la vida, que será enfatizado en la *sensibilidad civilizada* y su ilustración médica. La muerte aparecía como otro estado más del ser humano, posiblemente por la creencia generalizada de un “más allá” y en la comunicación permanente entre el mundos de los muertos y el mundo de los vivos. (Barrán, 1992) Este aspecto de la vida cotidiana debió ser desterrado en su naturalización por el saber médico y su cultura circundante, que lo hacía *productor y producto* de su propio posicionamiento en el Uruguay civilizado.

El impulso medicalizador fue urdiendo sus raíces en esta sensibilidad en transposición a través del llamado “higienismo”, marcando nuevas formas de concebir y actuar ante la realidad social. La medicalización en el Uruguay condensó impulsos de procesos intrincados. Recibió el influjo de los nuevos modelos etiológicos de naturaleza exógena, con el desarrollo de la bacteriología, que permitió su inserción en las condiciones sanitarias de la población. Asimismo, comenzar a mencionar e interiorizar la palabra

“riesgo” como parte constitutiva de una “no salud” fue extendiendo el dominio y saber médico como inserción a nivel poblacional, más allá de lo específicamente individual. (Ortega, 2003) De esta manera, el higienismo de comienzos del siglo XX focalizaba los peligros para la salud, situados en concreciones como el ambiente físico, la condición social de conjuntos humanos, entre otros, lo que permitía su consideración como “totalidades en sí mismas e integradas a grandes y generalizadoras estrategias discursivas”. (Mitjavila apud Ortega, 2003: 32)

Ortega (2003: 32-36) ha analizado genealógicamente estos cambios producidos en la esfera del saber desde fines del siglo XIX, que permitieron la constitución de una nueva institucionalidad cuyas principales características serían las siguientes:

- “Creación de instituciones de carácter inspectivo para el contralor de enfermedades infecciosas”: En principio lo fueron aquellas relacionadas al control de enfermedades infecciosas como tuberculosis y sífilis. Como forma inherente al proceso civilizacional e higienista, mediado por el saber médico, la forma de interiorizar el miedo y respeto fue haciendo hincapié en el carácter social de las formas de contagio (hacinamiento, promiscuidad). Si no se cumplía con las medidas preventivas se pasaba a la coacción: encierro y sanciones punitivas. De esta manera, la figura médica fue ganando espacios en lo social a través de agentes no médicos que serían los encargados de hacer cumplir sus indicaciones, en principio desde la filantropía religiosa, posteriormente con la asunción de nuevas disciplinas asociadas a la medicina que tuvieron como origen en el concreto proceso de higienismo en el Uruguay, siendo una de éstas el Trabajo Social.⁷⁸ Desde fines del siglo XVIII el papel de las instituciones religiosas, netamente caritativo, resultó fundamental. Se funda el Hospital de Caridad en 1787, siendo el único espacio hospitalario hasta 1860, fecha en que se crea el Hospital Vilardebó para “enfermos mentales” y en 1899 el Hospital Fermín Ferreira

⁷⁸ Hoy día así denominado, y que cuenta en sus procesos de investigación e intervención la trascendencia radical y superación constante de este pasado se podría decir “poco virtuoso”, pero que ha permeado el rol esperado de la profesión hasta la contemporaneidad. Para aquel momento, se trataba de Visitadoras Sociales.

como “casa de aislamiento”. Esto en Montevideo, en el resto del país sólo se contaba con hospitales en Paysandú y en San José, ampliando su espectro hacia otros departamentos en la última década del siglo XIX. Asimismo, comenzaron a surgir las Sociedades de Socorros Mutuos, destinadas principalmente a inmigrantes de sectores populares, y trascendía los confines de la salud.⁷⁹ Para el año 1908 se crean los consultorios Gota de Leche y el Cuerpo Médico Escolar, en 1910 las Inspecciones Departamentales de Higiene, en 1913 la Liga uruguaya contra la Tuberculosis pasa a ser una institución semiestatal (había sido creada en 1902), en 1917 el Instituto Profiláctico de la Sífilis.

- *“La focalización de la familia y, en especial, de la mujer, como agente privilegiado en el afianzamiento de los valores de la “higiene” moderna”*: La focalización de las responsabilidades y los “acuerdos” interiorizados por las familias en el Uruguay, no dista de lo sucedido en el proceso de medicalización de las sociedades occidentales en su conjunto. De hecho, se tuvo claro desde un principio que las familias, especialmente en la figura de “la madre”, eran “la puerta de entrada” en los hogares. La elaboración de pautas y valores higienistas para las familias burguesas se instaló como generalidad para todas las familias, sin importar las singularidades de cada clase, los procesos de autoconservación y apropiación de pautas y valores, en todo caso, lo que variaron fueron las formas de hacer valer tales contenidos. Los valores hegemónicos de la burguesía consiguen por esta vía un horizonte de instalación casi sin parangón. Queda así también confinada la distancia entre el médico que desde su saber científico crea alianzas con la “madre” reproductora de los valores médicos en el ámbito doméstico.

- *“La construcción de la legitimidad social del saber/poder médico”*: Se trata de un período de afianzamiento del médico en su prestigiosa figura y como entidad del saber científico de las más destacadas. La monopolización del saber médico en el tratamiento de la enfermedad resultan una de

79 En 1853 se crea la Asociación Primera de Socorros Mutuos, en 1862 la Sociedad Italiana, en 1880 el Círculo Napolitano, en 1885 el Círculo Católico de Obreros, en 1897 la Sociedad Fraternidad Unida, y en 1900 el Círculo Católico de Paso del Molino (Barrán *apud* Ortega, 2003)

las partes medulares del proceso de medicalización en el Uruguay, en tanto la especificidad de su saber hacía incuestionable cualquier otra decisión, ya fuera sobre la enfermedad misma y su tratamiento, como a comportamientos de vinculados más a la moral. Tal como plantea Barrán: *“La clase médica logró primero el control de las autoridades estatales que regían la salud, luego lo obtuvo en los centros que la cuidaban, asilos, hospitales, sanatorios; en tercer lugar pudo controlar ámbitos clave de la beneficencia pública. La beneficencia católica, que antes había regido el espacio hospitalario se vio desplazada no sólo de éste sino también de su escenario propio, la caridad”*. (Barrán *apud* Ortega, 2006: 35)

- *“El cambio de las funciones hospitalarias”*: El cambio fundamental radica en el pasaje del agente médico subordinado a la caridad religiosa en los hospitales de la barbarie, a un lugar medular, hegemónico y jerarquizado que destierra cualquier tipo de filantropía en nombre del saber científico. Así como a lo largo del siglo XVIII los hospitales eran espacios institucionales de cuidado más que de cura, hacia comienzos del siglo XIX se tornan en lugares de posibles sanciones, éstas a cargo del médico (“depositario institucional de esa función”) quien adquiere un lugar preponderante y de prestigio, no sólo en estos ámbitos concretos, sino en la sociedad en su conjunto.

El higienismo invadió el parlamento, la escuela, la cárcel, la fábrica, el cuartel, la ciudad, la casa y el rancho, el tiempo del trabajo y el del descanso; el médico comenzó a intervenir de oficio –no a pedido del enfermo– en el examen antropométrico de los presos y la determinación científica de su alimentación, en el examen preventivo de los trabajadores; en el estudio de las disposiciones lumínicas y de cubaje de aire del espacio fabril; en el diagramado urbano promoviendo plazas y parques; en la vivienda, ordenando aperturas y prohibiendo cerramientos; en el examen de los empleados y obreros determinando o negando licencias, rechazando aspirantes o imponiendo ciertas condiciones a otros, según lo que la ciencia estimaba índole de la ocupación, siendo el caso más notorio, en este plano, el de los aspirantes a Maestros. (...). El culto

de la salud como valor absoluto condujo y a la vez fue alimentado por la medicalización de la sociedad. Ese descubrimiento, porque lo fue, implicó un cambio en la titularidad de los dirigentes y creadores de las conductas morales aceptadas, pues el cura fue sustituido por el médico en la dirección de las conciencias individuales. La entronización de la salud como el Bien significó dar muerte a Dios y dar vida al cuerpo. Fue, entonces, un hito final en el proceso de secularización de la cultura uruguaya. (Barrán apud Ortega, 2003: 36)

La consolidación institucional a través de la instrumentación de políticas sociales orientadas a la salud en el marco de un Estado Benefactor, por la década del '40 del siglo XX, propicia la instauración de un modelo de salud pública. La creación y masificación de los Centros de Salud a lo largo de Montevideo específicamente (no así en el interior del país)⁸⁰ permitió la creación de una nueva figura relacionada a las tareas de promoción y prevención en materia de salud en el ámbito público. En este período se destaca “la progresiva endogenización de los modelos etiológicos, en el sentido de una pérdida relativa de espacio de los factores que explican los problemas de salud como producto del medio social”. (Ortega, 2003: 9) Así, adquieren un lugar de relevancia las interpretaciones de alto valor etiológico al ambiente familiar y a la responsabilidad individual, por sobre el inicial proceso bajo el principio interpretativo de reconocimiento de la salud como un problema social y político a nivel macro, que permitieron fundar la salud pública y la medicina social modernas. Este cambio, al decir de Ortega (2003), halla su explicación en el surgimiento de la epidemiología moderna internacional, la que determinó la percepción y respuestas sociopolíticas a los problemas de salud, influyendo no sólo en la práctica médica sino en prácticas y discursos de otras profesiones ligadas al

80 La densidad poblacional de las ciudades del interior, hasta en las más numerosas, permitía cubrir estas “necesidades” por el Hospital. Más adelante sí se masifican aquí también las llamadas policlínicas, pero con otras características más orientadas a la Atención Primaria en Salud, lo cual también se masificó en Montevideo, más allá de estos Centros de Salud que aquí se presentan.

campo sanitario.

Hoy día los énfasis en las teorías del riesgo ligadas a la prevención en el marco de la salud llevan a cuestionar cuanto de esto ha contribuido a la alta medicalización de la sociedad uruguaya en la contemporaneidad. Con sus caras y contracaras, porque tal como se plantea en la cita precedente:

En la emergencia vemos, por ejemplo, muchos niños intoxicados. Viste que la primer causa de intoxicación son las medicaciones de la casa. Cuando estás hablando del uso de medicamentos, se está hablando que el niño la usa, sino que la usa toda la familia. Por eso te digo que la medicalización es un tema de la sociedad y con el tema del medicamento. (Entrevista a Pediatra MSP)

La incorporación de la medicación en la vida cotidiana de las familias uruguayas no es, pues, un tema de hoy, es un proceso que larvadamente ha ido interiorizándose con la medicalización como proceso civilizador. El medicamento forma parte constitutiva de los objetos del hogar.

Con el discurso del riesgo, con la promoción del autocuidado, se fueron interiorizando formas de asumir la enfermedad, o ni siquiera ésta, peor aún, la potencial enfermedad, en un proceso de individuación de la responsabilidad y de negligencias del ámbito privado (familias específicamente) si se suscitan problemas relacionados a tal interiorización.

Los padres llevan a sus hijos al médico. Acá lo que se hace es sugerirles. Acá tenemos una ventaja en esta escuela de tener una policlínica municipal al lado y tenemos una excelente relación con los médicos. Y se acude a ellos, y siempre tenemos muy buena respuesta, siempre al Pediatra. Y les conseguimos las consultas al Pediatra. Y como ahora de Primaria se ha pedido como forma obligatoria el control pediátrico, eso ha facilitado. Y generalmente el médico pide informe del Maestro cuando hay problemas de conducta, de agresiones, de violencia. Está todo unido. (Entrevista a Directora ECSCC)

Nosotros siempre pedimos diagnóstico, pero no siempre nos llega. Siempre hacemos seguimiento de los casos, pero para la cantidad de alumnos en relación a la cantidad de Maestros se complica, pero se hace el esfuerzo. Entonces tratamos de dar la oportunidad, pero más allá de la responsabilidad docente fallan los padres, faltan recursos humanos disponibles en cuanto a sistema. (Entrevista a Directora ECSCC)

...algunos necesitan (la medicación) pero la mayoría de los que no tienen disciplina escolar lo que precisan son límites y de una familia que los contenga. (Entrevista a Pediatra MSP)

Yo creo que hoy la gente consulta poco. Me vienen derivados de la Maestra. Los padres intentan castigarlos y castigarlos, ya sea con castigos físicos, y no requieren de la consulta médica. Pero es importante que los padres consulten. Creo que se está subdiagnosticando este problema. No son todos los padres que consultan. Nos ayuda mucho la carta de la Maestra, que lo compara con los otros niños de su edad y nos ayuda a diagnosticarlo. (Entrevista a Pediatra salud privada)

Redundar en las lógicas de saber/poder que han transversalizado todo el cuerpo del trabajo, como dispositivos para el disciplinamiento sería reiterar aspectos ya dichos y por diversos rodeos presentados, analizados, reflexionados y hasta “demostrados empíricamente” (como le gusta al saber positivista) a través de distintas entrevistas que conforman el trabajo de campo de la presente investigación.

De esta manera, el proceso higienista se fue consolidando en una lógica medicalizadora y disciplinaria, para la concreción de superaciones hacia un mundo occidental civilizado que el Uruguay, ya para este entonces moderno, requería profundizar. La interiorización de estas nuevas pautas y valores hegemónicamente burguesas y desde un saber específico (científico positivista) fueron siendo exteriorizadas en distintos ámbitos de la sociabilidad uruguaya, comenzando así un proceso de naturalización de la medicalización como parte constitutiva e inherente al ser genérico, que di-

fácilmente lograba discernir espacios y tiempos, creencias arraigadas de un saber ajeno e intuiciones y sensibilidades cada vez más desacreditadas por su manifiesta subjetividad. Esta fuerte ingerencia medicalizadora se considera se mantiene en sus contenidos disciplinadores interiorizados desde una razón instrumental hiperpositivista hasta hoy día, siendo sus formas manifestaciones quizá no tan disímiles a la de antaño, quizá peor, más arraigadas, naturalizadas, legitimadas.

La centralidad de las instituciones en el disciplinamiento de la niñez uruguaya.

A través del análisis de algunos discursos recabados del trabajo de campo, sin intenta llevar adelante un análisis reflexivo a partir de lo que se ha venido elaborando hasta el momento, en tanto la centralidad que las instituciones que se han denominado “basales” han tenido, y tienen, ingerencia en la vida cotidiana de las familias uruguayas, y en su singularidad la niñez. Se hace así, un recorrido a través de lo discursivo de la educación (procesos de sociabilidad a través de la incorporación de conocimientos pedagógicos) y la salud (procesos de medicalización en la infancia) como instituciones del disciplinamiento de los cuerpos en la infancia, y cómo desde éstas dos se repercute y condiciona a la otra, la familia, en la que se depositan más cargas que posibilidades de ampliación del campo de sus posibles.

Retomando la idea foucaultiana que a medida que el positivismo se fue imponiendo en la Medicina, y en su particularidad en la Psiquiatría, como saber científico con apertura al ejercicio de estrategias de poder, “esa práctica se hace más oscura, el poder del psiquiatra más milagroso, y la pareja médico-enfermo se hunde aún más en un mundo extraño”. (Foucault, 1992a: 108) En la singularización de la medicalización en la historia del Uruguay, se comparte con Barrán (Barrán, 1992: 13) en no proponer automatismos, ni relaciones causa-efecto, pero sí “existen funcionalidades, correspondencias, afinidades electivas y sutiles, entre la esfera de la historia de la cultura y de la historia social”.

Resulta, en principio, fundamental reconocer, no para responsabilizar o castigar sino para desnaturalizar, la relación de sostenimiento recíproco en-

tre la educación y la salud como dispositivos disciplinares para las conductas de la niñez en el Uruguay. De situaciones rutinarias donde desde una lógica positivista hasta a veces automatizada más que consciente se deriva de una institución a otra en una real preocupación por la situación de los niños y niñas; en otras, en extremos opuestos, la familia llega a quedar tan desdibujada como institución medular para la infancia que pareciera que la maquinaria del saber/poder se expresa a flor de piel y daría a temer hasta al más inocente de los sujetos.

La madre o el padre. Se los deriva de la escuela. (Entrevista a Maestra ECSCC)

La familia los llevan. Desde la escuela se les aconseja, pero no los llevamos. (Entrevista a Directora ECSCC)

En general son a pedido del colegio, pero hay como una sintonía muy grande entre padres y colegio. Hay veces en que los padres, preocupados, vienen al colegio por determinadas actitudes de sus hijos, y ahí como que se toma alguna decisión. En los casos de déficit atencional, ha sido principalmente a pedido del colegio. (Entrevista a Directora colegio privado)

Cuando el Maestro detecta algún déficit, se entrevista con el padre y le solicita que haga la consulta médica y esperamos el informe. (Entrevista a Maestra ECSCC)

Al tener la policlínica ahí, tan metida en el barrio, las familias ya están acostumbradas desde que van al ginecólogo, luego el Pediatra, luego al Psiquiatra. (Entrevista a Directora ECSCC)

Nosotros hacemos los informes pedagógicos, nos encargamos de conseguir las citas que en este medio es muy difícil, y les estimulamos a los padres a que los lleven. Y a veces desaprovechan todo eso y no los llevan

en el momento. (Entrevista a Directora ECSCC)

Las instituciones médicas y educativas están fomentando todo esto, pero que ya tenemos la base nosotros, nos dejamos. El Estado dice, el médico dice. Aunque la figura del médico está en crisis, igual el médico dice que hay que tomar ritalina y allá la tomamos. Hay cada vez más medicamentos y cada vez más naturalizado. Yo creo que el medicamento es nuestro objeto transicional, nutricia que está faltando, que no la sabemos donde encontrar, lo mágico que algo me va a solucionar. Por un lado están los derechos de los niños muy sobrevalorados, pero también está eso de “el gato es mío y yo hago con él lo que quiero”. Pasas a ser cosificado, reificado, pasas a ser una cosa para la gran boca de la producción. (Entrevista a Docente de Apoyo ámbito privado)

La escuela estaba recontenta porque decían que participaban de la Red de Salud. Claro, facilitaba, porque había una directora de una de las escuelas que tenía un problema de conducta un chiquilín entonces llamaba al xxx (Centro de Salud), le coordinaba ella la entrevista y luego le pasaba los datos a los padres. En ningún caso vi que hubiera un pasaje de que se le pidiera a los padres que los llevaran al Pediatra para que de ahí se evaluara si se pasaba a Psiquiatra Infantil. No, era directamente Dirección-Psiquiatra Infantil. Entonces, se había generado una dinámica es una de estas escuelas de levantar el teléfono y hablar directamente desde la escuela con la Psiquiatra Infantil de esta policlínica. Yo no digo que la mujer medicara a todos, pero sí me llamó la atención que todos estuvieran medicados y tuvieran lo mismo: desajustes de conducta. (Entrevista a Técnica MECAEP)

De estas derivaciones, casi en su totalidad desde la institución educativa, se los recibe desde la institución médica, a veces con resistencias en tanto se sienten depositarios de solucionar cuestiones que son más complejas que su intervención las más de las veces en la soledad, sin equipos interdisciplinarios trabajando conjuntamente; pero las más de las veces naturalizando tal derivación y creyéndola pertinente y en algunas situaciones

hasta que resulta menor la derivación a la cantidad de niños y niñas con problemas conductuales que pudieran ser diagnosticados con el título de “déficit atencional” en su gran mayoría.

Son en general los padres o quienes estén a cargo de ellos. Lo que he notado es que en xxx (departamento del interior del país) el nivel público tiene una estrategia de atención a la salud mental de tratamiento ambulatorio, sin internación que terminaba institucionalizando al enfermo, poniéndole un mote, entonces se atienden en un ámbito donde hay una participación de un Equipo Técnico con Médicos, Psiquiatra, Psicólogo, Asistentes Sociales, con una fuerte participación de la familia, lo que le ha dado mucha más contención y mejor evaluación. El Resguardo es toda la atención a la salud mental. A veces llegan por iniciativas propias de las familias, otras por los educacionistas o por los Pediatras. (Entrevista a Director Hospital MSP)

Las familias derivadas por las Maestras en la etapa escolar. Pero también los mismos padres que están desbordados, a veces uno no sabe si es la dificultad del manejo de límites, que es un drama social que afecta todas las poblaciones, niños que mandan en la casa, entonces llegan a la escuela y deben cumplir con un orden como el de la escuela y la clase. Entonces, a veces vienen desesperados porque “hacen lo que quieren”, “no paran nunca”. (Entrevista a Pediatra MSP)

Por otra parte, se intentó rescatar la visión “a la inversa”, cómo la familia como institución, en el contexto predicho y que tan claramente aparece en las entrevistas recién presentadas (fundamentalmente, en la última) visualizaban la relación salud-educación, en tanto instituciones disciplinares. De ahí que con total naturalidad, en la consideración de un complejo proceso de interiorización del deber ser y saber/poder de tal diada, en su mayoría ni siquiera cuestionan tal derivación. Y cuando

lo hacen resultan por lo general cuestionadas.⁸¹

El año pasado, en julio. La Maestra de 1º me aconsejó porque estaba repitiendo 1º y yendo por el mismo camino a repetir 1º de vuelta, entonces ella me aconsejó que lo llevara al Psiquiatra. (Entrevista a madre de niño de 8 años medicado)

Cuando tenía 4, por déficit atencional. A los 2 años él se quería ir del CAIF, a los 3 años él ya se escapaba del CAIF, o se desnudaba, cualquier cosa hacía en el CAIF, entonces los empezó a tratar la Psicóloga de ahí y lo empezó a seguir y seguir y me dijo que podía ser eso, déficit atencional, y lo llevé a la Psiquiatra y sí, me dijo déficit atencional con hiperactividad. O sea, es un niño que tiene que estar ocupado las 24h sino te destruye. (Entrevista a madre de niño de 8 años medicado ECSCC)

Yo ya lo vi acá cuando me llamaron, estaba embarazada de Matías, me fue a buscar la policía y lo vi retirar al niño con una crisis de nervios, y eso fue en 1º año. Eliana tenía problemas de conducta, no tan fuertes como Michael, y en la escuela actuaba como de jardinera. En sí lo de Eliana fue porque tuve un problema en casa yo, supuestamente fue violada, en fin, cosas así, y yo la llevé a la Comisaría de la Mujer y la Psicóloga me dijo que la llevara a la Psiquiatra, y de ahí ella empezó a ser medicada. (Entrevista a madre de niña de 12 años medicada ECSCC)

A los 4 años le hicieron un psicodiagnóstico y el Psicólogo le dio pase al Psiquiatra y dijo que tenía que ser medicado porque era un niño muy inquieto, como que no podía concentrarse, pero yo no lo quise medicar. Lo dejé de lado. Por su Maestra de 4º del xxx (colegio privado) que me dijo que le llamaban la atención algunas cosas de él y que tenía la

81 El ejemplo más claro que se encontró de este cuestionamiento fue el ya citado de la Psiquiatra Infantil que amenazó a la madre con un proceso judicial si no medicaba a su hijo de 8 años, en el entendido de esta sapiente que una vez que el niño había ingresado al Área de Psiquiatría de la mutualista donde es socio (salud privada) dejaba de “pertenecer” a su madre y pasaba a ser de esa área.

lectura medio lenta. Y ahí ya lo llevé a un Psicopedagogo y ahí se repitió la historia, ahora con el tema de la dislexia, que voy a Neuropediatra y Psiquiatra para una evaluación y ahí la Psiquiatra dijo que había que medicarlo como para ayudarlo a descansar mejor, porque tenía perturbaciones en el sueño. Era una medicación para la depresión y la hiperactividad. Y al final, como siguió cada vez peor se dieron cuenta que tenía otra cosa, algo a tratar con Endocrinólogo. (Entrevista a madre de niño de 14 años medicado colegio privado)

Y en esta conjunción de instituciones, quien queda por ésta atravesado en esta “sujeción de cuerpos dóciles” resultan los niños y niñas que, en la mayor de las veces, no saben por qué consumen tal o cual medicación, o cuando si lo saben, en realidad proviene desde una discurso adulto de interiorización de su “portarse mal” que debe ser solucionado.

- ¿Sabes para qué tomas la medicación? - Para estar tranquilo. - ¿Estás de acuerdo con tomarla? - (Silencio). (Entrevista a niño de 11 años medicado colegio privado)

- Me tomo las gotitas, tomo los remedios. Pa que yo pare de gritarme. - ¿Y si no tomás qué pasa? - Me enfermo. - ¿Qué doctora te dio el remedio? - La de la cabeza. - ¿Qué te dijo cuando te dio el remedio? - Me dijo que lo tome todos los días, de madrugada, cuando me levante, tomo las gotitas y después duermo. - ¿Te sentís mejor? - Sí. (Entrevista a niño de 8 años medicado ECSCC)

- ¿Por qué estás tomando medicación? - Porque me estaba portando mal. - ¿Estás de acuerdo? - Y, si. (Entrevista a niña de 11 años medicada ECSCC)

Para controlarme. No me gusta mucho. (Entrevista a niño 10 años medicado colegio privado)

Porque me portaba mal, no sabía lo que hacía ni nada. (Entrevista a niño de 12 años medicado ECSCC)

Porque sí, porque me dijeron que me iba a tranquilizar. (Entrevista a niño de 6 años medicado ECSCC)

La doctora me dijo que para que me ponga más tranquila, para que entienda las cosas que me dice el Maestra, para que no me pare, para que no pelee, y todo así. Pero yo siempre tomo la medicación, a no ser que se me haga tarde y ahí no, pero trato de portarme un poquito bien así no se da cuenta la maestra. (Entrevista a niña de 9 años medicada colegio privado)

A mi no me gusta tomar pastillas porque es como tomar pólvora, me da una rabia, porque mi madre le pone agua y la revuelve y la tomo y queda como pólvora ahí. (Entrevista a niño de 8 años medicado ECSCC)

En este contexto, parecería ser tal cual lo plantea Foucault:

Ante los ojos del enfermo, el médico se transforma en taumaturgo; la autoridad que le daban el orden, la moral, la familia, parece ahora tenerla por sí solo, en tanto que el médico se le cree cargado de esos poderes... Lo que se llama la práctica psiquiátrica es una cierta táctica moral, contemporánea de los últimos años del siglo XVIII, conservada dentro de los ritos de la vida del asilo, y recubierta por los mitos del positivismo. (Foucault, 1992a: 109)

El punto en cuestión es que, como se ha intentado ir delimitando a lo largo de la presente investigación, no todos estos niños y niñas son o están enfermos, sino que se los trata como tal, en un proceso de patologización del mundo adulto al mundo infantil cuando éste exterioriza conductas que fueron interiorizadas por las exteriorizaciones aprendidas de los primeros.

Otro de los puntos que se trabajó en las entrevistas que pudieran dar cuenta de la centralidad que hoy han adquirido en el Uruguay las instituciones disciplinadoras ha sido en relación a si, de hecho, ha habido cambios reales en la conducta de los niños y niñas una vez fueron medicados. Una vez más, se rescata el discurso de los diversos actores implicados, en este caso los que directamente sienten o pueden ver tales cambios: las instituciones educación y familia y los niños y niñas medicados.

Desde la visión de la institución educativa:

Lo esperado sería que pudieran estar dentro de un aula, compartir con sus compañeros, tener un clima bueno de convivencia dentro del aula y que puedan cumplir con las tareas. (Entrevista a Maestra ECSCC)

En general vamos evaluando, por eso es tan importante la comunicación. Vamos haciendo un seguimiento paulatino y evaluando con la familia, con el técnico o médico que lo trata, y también depende los objetivos que se estén fijando con el tratamiento.... Por eso es bien importante tener en cuenta qué es lo que estamos educando, y nos parece que la parte humana es la fundamental. (Entrevista a Directora colegio privado)

Los gurises de 1º son muy inquietos, como que la atención es muy lábil, entonces pueden quedar cosas como disfrazadas. En el año van madurando. Si las dificultades persisten, entonces más adelante sí empezamos a pensar que sí puede haber alguna dificultad. (Entrevista a maestra colegio privado)

Cuando un niño empieza con la medicación esperamos que pueda tener conductas más tranquilas desde el punto de vista social, con sus compañeros, que se puedan notar avances en el aprendizaje. Cuando no se obtienen resultados es cuando la cosa no funciona, hay que buscar desde otro lugar, o ajustando las dosis. (Entrevista a Director colegio privado)

Que esté más tranquilo, pero depende del niño. Ha pasado que hay niños que nos les hace nada y otros que se duermen. Eso depende de cada niño, de la tolerancia al remedio. (Entrevista a Maestra ECSCC)

Los resultados esperados son que el niño pueda estar concentrado, en un ambiente agradable y tranquilo para que pueda aprender. Algunos de los niños medicados han tenido cambios favorables, otros recién están ajustándoles las dosis, según los padres. En otros no se ha visto cambios. (Entrevista a Directora ECSCC)

Cuando la medicación está sistemáticamente aplicada y controlada por el Pediatra o Psiquiatra, claro que hay muy buenos resultados, porque cuando se medica a un niño es porque realmente lo necesita, no creo que un Psiquiatra Infantil le vaya a dar a un niño medicación porque está inquieto. Pero claro, tiene que haber ahí una preocupación fundamental de la familia, tanto en la administración, como en el control y el seguimiento con la Psiquiatra. (Entrevista a Directora ECSCC)

Desde la visión de la institución familia:

Sí. En la escuela no sé, pero en el hogar sí. Pero en la escuela calculo que sí porque ya hace rato que no me llaman. (Entrevista a madre de niño de 11 años ECSCC)

Sí, algunos cambios he notado, pero cuando él se me encapricha que no la toma no hay manera. El año pasado era un solo problema, ya la directora me llamaba y yo sabía que algo había hecho. Pero ahora está bastante tranquilo, pero va dos horas nomás a la escuela. Con la medicación igual se me duerme. El año pasado me llamó una Maestra asustadísima knock out quedó. (Entrevista a madre de niño 9 años medicado ECSCC)

Han tenido cambios buenos y cambios más agresivos, pero sin la medicación bajan la conducta y la aplicación en la escuela, con la medicación ellos se nivelan al grupo. Desde la escuela me dicen como que a lo primero marchan un tiempo bien, pero por ejemplo ahora hay que hacerles un ajuste nuevo de medicación porque ya como que no les hace nada. (Entrevista a madre de niños medicados de 7 y 9 años ECSCC)

Ahora están mejor, por lo menos las Maestras no me llaman tanto que por el comportamiento de ellos, que se pelean mucho. A la nena grande de 10 años, ahora los lunes me la dejan ir todo el horario porque la Maestra supuestamente no la aguanta. Pero yo creo que hay niños peores. Todo el mundo se pelea, es como toda escuela. Igual en el rendimiento están iguales, las notas siguen iguales, pa'mi es lo mismo, las Maestras tampoco ponen voluntad. Y te dicen, que se han portado bien, o más o menos, porque tampoco te explican bien ellas. Y al final no vas a estar todos los días arriba hablando con las Maestras. (Entrevista a madre de niños de 8, 9 y 10 años medicados ECSCC)

Cuando está medicado está tranquilo. Al menos yo lo observo tranquilo, en esas 4h está tranquilo, cuando se le va el efecto ya empieza de nuevo a hablar sólo a ponerse intranquilo. Eso es lo que yo le noto. Y cuando ya no lo aguanto más le vuelvo a dar. – ¿Cuántas pastillas tiene recetadas por día? – Tres más o menos de 10mg, le estoy dando las 3 de ritalina y de noche la risperidona para que se duerma. – ¿El rendimiento en la escuela cambió con la medicación? – Es que él nunca fue un rendimiento bajo, cuando la Maestra terminó de escribir en el pizarrón ya lo tiene atrás porque él terminó junto con ella. Es muy inteligente, yo te diría que demasiado inteligente. La computadora del Plan Ceibal ha sido impresionante. (Entrevista a madre niño de 8 años medicado ECSCC)

Si se toma en cuenta quiénes fueron las familias, es decir, las madres (depositarias como se ha visto de todo cuanto convoca a estos fines) que

dieron sus respuestas al respecto, sólo lo hicieron cuyos hijos o hijas concurren a ECSCC. Varias pudieran ser las hipótesis tentativas al respecto, pero por el vacío que queda ante esta pregunta al escuchar las entrevistas se podría llegar a pensar que tal naturalización en el ámbito privado no la es, más aún cuando se ve que las familias que aparecen como más reacias, por lo general, a medicar sin claras explicaciones son aquellas que increpan y exigen más respuestas y fundamentaciones de un saber que se considera no debe ser cuestionado.

Desde la visión de los niños y niñas medicados:

Que quedo bien tranquilo. Yo siento. (Entrevista a niño de 11 años medicado ECSCC)

Me parece que más o menos. (Entrevista a niño de 10 años medicado colegio privado)

Sí, me porto mejor. (Entrevista a niño de 12 años medicado ECSCC)

Me siento bien, son buenos los cambios, me parece. (Entrevista a niña de 11 años medicada ECSCC)

Como se dijo, por lo general estos niños y niñas medicados tienen una alta aceptación a la medicación en tanto sienten que al “portarse bien” son aceptados por sus pares y los adultos, fundamentalmente en los centros educativos. Este punto se trabajó con profundidad en el punto del *cuerpo subjetivo* y los procesos concretos de subjetivación de esta niñez. Pero vuelve a quedar resonando la interiorización que ya tienen desde tan pequeños del disciplinamiento y la legitimación y naturalización de las órdenes venidas desde dichas instituciones. Asimismo, se puede ver también como esta niñez asume en su singularidad la problemática, tal como se ha visto en puntos precedentes sobre las cargas de responsabilidades justamente en el sujeto concreto que menos tiene que ver con “responsabilidades” como tales en cuanto contenidos ético-políticos en la temática.

Para dar cierre a este último punto del tercer capítulo, se preguntó a las instituciones del saber sobre si la medicación con psicofármacos, desde el conocimiento de sus respectivas disciplinas, era la solución más efectiva para aquietar estas “conductas desajustadas”, en tanto reiteradamente salía de las demandas hacia las familias una solución rápida para no tener que tomar (si ya no se habían tomado) medidas más disciplinarias, como ser, y ha aparecido en diversas entrevistas a lo largo del trabajo, la reducción horaria en las escuelas y/o colegios hasta que la situación no hallase una solución (medicación pensada desde la educación en su generalidad), con la consecuente vulneración (una vez más) de los derechos constitucionales al respecto, del Código de la Niñez y el Adolescente y el respeto, fundamentalmente, por el sujeto que está creciendo en estas complejidades.

Con respecto a este último punto, pues, las respuestas brindadas desde la institución educativa fueron las que siguen:

En este momento, así como están dadas las condiciones, debe ser. Porque el día que toman la medicación vos te das cuenta, vienen tranquilos, funcionan. Y otros días, que no toman la medicación, no se puede. Y te dicen “mirá que no tomé la pastilla, mamá no me la dio”. (Entrevista a Directora ECSCC)

Para los casos que la necesitan sí, porque tampoco podemos darle pastillitas a todas la barra para que se tranquilicen. A los que la necesitan no los paras con nada, no hay forma de aquietarlos, a los otros sí. A los que necesitan, necesitan y no hay otra forma. (Entrevista a Directora ECSCC)

Hasta ahora se ha visto que es la solución más rápida, pero no la recomendable. No estoy de acuerdo. (Entrevista a Maestra ECSCC)

Sí la más rápida, tal vez no sea la mejor. Lo que pasa que para la atención del niño se tienen que comprometer todos lo involucrados: nosotros, el niño y a veces no hay interés de las familias, no se logra que los

lleven, los diagnostiquen. Este año logramos, pero a veces los padres no aceptan. Es la más rápida pero no la más eficaz, hay mucho antes por hacer, el trabajo en etapas con el niño, viendo sus cambios, lo que él pueda expresar. (Entrevista a Maestra ECSCC)

Creo que mucha gente piensa eso, yo no creo que nos solucione absolutamente nada, estás reprimiendo un síntoma, pero ese malestar, o lo que le está sucediendo a ese niño lo va a manifestar de otra manera, ahora o más adelante. Pero no creo que la represión de un síntoma, que es un pedido de ayuda que hace el niño de alguna manera, sirva al menos a ese niño... Porque mirá que lo hemos visto en algún caso, que con eso del ensayo y error de las medicaciones, cuando no es la acertada el niño queda planchado, ahora eso no puede ser. (Entrevista a Directora colegio privado)

Depende de las razones de los problemas de conducta. El psicofármaco no va a resolver solo el problema, sin acompañamiento terapéutico es imposible. Capaz hay mucha gente que lo hace como encontrar una solución rápida, pero acá nosotros no nos conformamos con eso. “La pastilla mágica”, porque somos un poco de física y química pero somos también más que eso. Ese niño necesita de otras estrategias más allá de la medicación. (Entrevista a Director colegio privado)

Es la más rápida, pero no sabemos si la más eficaz, porque no sabemos si a largo plazo pueda tener más problemas. (Entrevista a Maestra ECSCC)

No me parece que sea ni la más rápida ni la más eficaz. Yo creo que tendría que medicarse si el técnico tiene un diagnóstico certero y corresponde, si no corresponde no. Sino es tapar el sol con un dedo y realmente no estaríamos pensando en el niño como persona sino en aquietar a alguien, sino formar a una persona que si tiene algún problema tratar de colaborar. (Entrevista a Maestra colegio privado)

Pienso que al niño lo sacan de su nivel normal, habrían que tomar otras precauciones, como prestarle más atención, o rodearlo de más afecto, o tratarlos de otra manera, porque el fármaco que se le aplica al niño como que lo pone más atontado, el niño no está con su atención completa, a veces como que siente que se duerme, que no está ahí, que no está en el lugar, que no es el mismo niño. (Entrevista a Directora colegio privado)

Con relación a este punto, algunas de las respuestas obtenidas desde el saber médico fueron las siguientes:

No, para nada, los psicofármacos no son para disciplinar, de ninguna manera. En esa situación del déficit atencional provocado por el medio, es decir el adquirido, el psicofármaco no debe ser utilizado. (Entrevista a Psiquiatra Infantil salud privada)

La medicación no da disciplina, la medicación mejora trastornos para los que los tienen, para lo que es disciplina hay otras maneras. Obviamente, cuando el niño tiene un trastorno, y le dificulta cuando mejora el trastorno más fácilmente va a atender en la sala, pero la medicación sola no la hace. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Me parece que hay que adecuarse a los tiempos, es un disparate la medicación. No es la lógica, no puedes alterar la conducta de las personas en base a medicación, tenés que buscar otras opciones. El medicamento es lo último que vas a usar. Hay algunos que sí son niños alterados, pero no puedes marcar como que todos los niños deben comportarse de determinada forma, como si fuera un adiestramiento. Todo tiene siempre una dispersión, y hay conductas que aunque no son del niño 100% que está sentadito en la escuela son normales. Tenés que tener una gama más de opciones, la medicación nunca es la solución a todos los males, y menos la psiquiátrica. (Entrevista a Pediatra salud privada)

Las Maestras solicitan los psicofármacos como una manera de contención, pero no creo que sea la más fácil. Creo que es un pedido de salvataje como por desborde y que en realidad uno es consciente de qué va a pasar con esos chiquilines, que comienzan desde muy chicos con psicofármacos que a veces les modifican su humor, su percepción en forma muy específica. (Entrevista a Pediatra MSP)

La medicación en los niños trataría que fuera el último recurso. A veces es necesario y no hay manera, pero en los niños especialmente buscaría todos los recursos anteriores posibles. El tema de la educación, tanto de los Maestros como de los padres, es fundamental. (Entrevista a Directora Hospital MSP)

Yo no creo en la magia de la medicación, porque por más que uno medique al niño, si persisten las causas determinantes de esa situación no hay magia, esto es un problema complejo y que debe ser abordado desde muchos puntos de vista, en un abordaje integral, que por supuesto nosotros no estamos en condiciones todavía de poder dar una satisfacción como debería ser. (Entrevista a Directora Centro de Salud MSP)

Como se puede apreciar, no aparece un consenso en las respuestas dadas, tanto desde una institución como de otra. Es más, parece hasta irrisorio que siendo la institución educativa la que en la casi totalidad de las situaciones en la que deriva al saber médico, a la hora de preguntársele por si resulta ésta la solución más eficaz responden en su mayoría negativamente. Y lo mismo que siendo la institución médica la que abusivamente medica las “conductas desviadas” en la casi total de las respuestas ante esta pregunta plantean que no es lo más eficaz sino lo más rápido. Estas cuestiones dejan en evidencia, una vez más, que resulta un tema sumamente controversial, que como se halla naturalizado, ni siquiera se dan espacios en el ámbito social para deshilvanar tal complejidad. El punta está en que mientras estas naturalizaciones siguen siendo legitimadas y no se generan

espacios de discusión abierta, desde los diversos actores implicados, que adquiera relevancia y sea parte de la agenda pública, por el camino van quedando miles y miles de uruguayos y uruguayas entre 4 y 14 años que están siendo medicados con psicofármacos, con cifras de un 30% que llevan a este pequeño país posiblemente al primer puesto de este “campeonato”.

CAPÍTULO IV
Niñez uruguaya del siglo XXI.

*El mismo sistema productivo que desprecia a los viejos, teme a los niños.
La vejez es un fracaso, la infancia es un peligro.
(Galeano, 1998: 18)*

Tal como se ha visto a lo largo del trabajo, posiblemente hoy día la niñez uruguaya se halla atravesando uno de los momentos de mayor complejidad, de contradicciones, de libertades disciplinadas y disciplinamientos constreñidores. En estas cuestiones parece no haber distinción de clases, las manifestaciones conductuales “desbordantes” aparecen en los colegios privados (hasta de mayor renombre algunos) y en las Escuelas de Contexto Socio-Cultural Crítico, en hogares “preciosamente” conformados por familias nucleares como en los que las jefaturas femeninas parecieran ser una causal de *riesgo*.

IV.1) La niñez en la mirilla. Más que emancipación, ¿disciplinamiento?

Mucho antes de que los niños ricos dejen de ser niños y descubran las drogas caras que aturden la soledad y enmascaran el miedo, ya los niños pobres están aspirando gasolina o pegamento. Mientras los niños ricos juegan a la guerra con balas de rayos láser, ya las balas de plomo amenazan a los niños de la calle.
(Galeano, 1998: 13)

Procesos de psiquiatrización de la niñez uruguaya.

¿Cómo se ha llegado hoy día a niveles tan altos de medicación con psicofármacos en la niñez uruguaya? ¿Desde qué instituciones y hace cuanto tiempo está siendo este aspecto naturalizado y legitimado? ¿Cómo manifestaciones conductuales que trascienden el “deber ser” pueden ser consideradas patologías? ¿Cómo se hace para sostener como sociedad sin sentir vergüenza al menos que un 30% de sus niños y niñas estén medicados con psicofármacos? Estas y muchas otras interrogantes más han intentado ser develadas a lo largo del trabajo. Lo que se plantea para este último punto es rescatar desde los discursos legitimadores y naturalizadores el proceso de psiquiatrización de la infancia, en una sociedad que se jactó de avanzada en el siglo XX (“la Suiza de América”) a partir del proceso de modernización. O, quizá justamente por este mismo proceso, como se ha visto, medicalización y modernización fueron de la mano en el disciplinamiento de los cuerpos del Uruguay civilizado.

Si como afirman los psiquiatras... los síntomas subjetivos del malestar psíquico son enfermedades como las demás, los valores que se han propuesto desde Salud Mental perderían su sentido. Si esta ideología triunfa, entonces estos malestares deberían ser atendidos por los médicos psiquiatras o neurólogos, no por equipos de distintas disciplinas en intervenciones de tipo psicosocial, y con participación de quienes padecen el trastorno, su familia y la comunidad. (Galende, 2008: 8)

Esta situación pareciera ser la que terminó predominando en el ámbito de la salud pública y privada en el Uruguay, donde saberes como la Psiquiatría Infantil están arrasando todo espacio de investigación e intervención en los padecimientos psíquicos de la niñez contemporánea.

Como plantea Foucault, el poder psiquiátrico es por sobre todas las cuestiones una forma determinada de administrar, no tanto intervenir terapéuticamente. Por ende, es dominación. El poder psiquiátrico tiene una “dirección”, esto es, le da a la realidad un poder apremiante, aquellos que están “locos” hay que direccionarlos, mostrarles el camino a seguir, reconducirlos. Y justamente es en nombre de la realidad misma que se justifica tal poder. En este contexto, ¿qué implica que un individuo esté “curado”? Un sujeto “curado”, desde el punto de vista del poder psiquiátrico, es aquel que ha aceptado su condición de sumisión, de sujeción cotidiana. Y para el logro de ello, la medicación resulta una herramienta esencial: “De una manera más precisa, 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, 2005: 210) Esto es, prolongar el régimen de la disciplina, asegurar la calma del cuerpo del enfermo.

Se sostiene que esta forma de asegurar la calma, de prolongar el régimen de la disciplina, es uno de los fundamentos medulares del *aumento de la medicación con psicofármacos* en la niñez uruguaya. Tanto desde la institución médica como de la educativa, una vez más las respuestas fueron variadas, fundamentalmente en los argumentos para explicar por qué se ha dado tal incremento (abusivo). En lo que sí se coincidió por unanimidad es que hoy día se medica con tales fármacos mucho más que antes, siendo la fecha coincidente la de la última década. ¿Será la nueva forma “milenaria” del disciplinamiento manifestando el mismo contenido de la razón instrumental moderna?

Desde el discurso médico, se retoman algunas de las respuestas, a saber:

Sí, se medica más que antes. Me parece que tiene una doble respuesta: en primer lugar, porque cuantitativamente se medica más, medicamen-

te se indican más medicaciones; y, en segundo lugar, se ha demostrado científicamente que hay una serie de trastornos que antes se pensaba que no existían en la infancia, y se demostró después que existen, y que tienen una buena evolución con la medicación correspondiente. – Y cuales son esos trastornos? – Esos trastornos son, por ejemplo, la depresión, que cuando nosotros hicimos el inicio de la disciplina hace más de treinta años no se aceptaba que ocurrían en la infancia; los trastornos bipolares, que cobraron relevancia a posteriori de aquel momento histórico; y el déficit atencional con hiperactividad, que es un trastorno o una alteración que cuando uno la diagnostica correctamente exige que sea medicada en forma correspondiente. (Entrevista a Psiquiatra Infantil salud privada)

La medicación en la niñez no, la medicación en general, yo creo que la medicación psiquiátrica no siempre pero en un porcentaje muy alto entra dentro de lo que es el recurso farmacológico general. Si tu me decís si yo tengo que medicar una infección bacteriana, nadie duda, si tengo que medicar una insuficiencia cardíaca, tampoco, y de algunos trastornos psiquiátricos la identidad fundamental del tratamiento es el psicofármaco. Si después se indica medicación o se usa en forma inadecuada es otra historia. Acá por eso me parece que no se pueden plantear cosas dicotómicas. ¿La medicación es buena o es mala? No. La medicación es un recurso más dentro de un arsenal de recursos terapéuticos que tiene el Psiquiatra Infantil, así como lo tiene cualquier otro especialista. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Sí. Pienso que hay varios factores. En primer término veo que la gente tiene más acceso, ya sea a través de Internet, más la medicación; veo también inclusive hemos conversado entre los Pediatras que notamos que los grupos de las escuelas son muchos más grandes y hay menos tolerancia entre las Maestras en niños que salen un poquito del niño que está sentado, atendiendo, cumpliendo; cualquier niño que sale un poquito de esa conducta ya la Maestra envía a la madre diciéndole que nos

pidan medicación. Incluso nos han llegado niños que la Maestra les dice que si no medican y tranquilizan al niño no los dejan entrar a la clase. Por un lado eso, por otro lado, el acceso a través de Internet. Y también los padres a veces son demasiados complacientes, les tienen miedo, no hay límites. Niños que se conocen el Código del Niño y le dicen realmente a los padres que no les pueden pegar, no le pueden hacer esto y lo otro, incluso adelante nuestro, porque ellos tienen sus derechos también. Hay un montón de componentes en los cuales la sociedad va cambiando, los lugares de enseñanza están superpoblados, la gente tiene más acceso a la enseñanza y los Maestros siguen con las mismas técnicas y los chiquilines se aburren y quieren otras cosas porque maduran más tempranamente, o directamente son mucha cantidad para los Maestros que hay y ellos no pueden controlar las clases. Creo que es todo un tema social, multifactorial, que no se puede decir es por esto, es por lo otro. Lo que sí es que se medica más, y que vienen a solicitar los medicamentos los padres también. (Entrevista a Pediatra salud privada)

Yo te diría capaz que unos 10 años, no tanto más que eso, sobre todo el tema de la ritalina. Uno empezaba a ver que salían todos los niños medicados con ritalina. (Entrevista a Directora Hospital MSP)

Sí, yo he visto que ha habido un aumento de consumo de psicofármacos. Creo que es importante investigar esta sobremedicación con ritalina, risperidona, valcote. Yo empecé en la dirección en el 2005, o sea que yo empecé a comprobar esa situación desde esa fecha. Pero también en otra institución en la que trabajo, en el ámbito privado viene creciendo. (Entrevista a Director Hospital MSP)

No hay duda. Los trastornos conductuales son las patologías que van aumentando más en patología infantil. Puede ser por dos causas: porque los niños realmente vienen con más problemas psiquiátricos, o sino porque llegan al diagnóstico cosa que antes no se hacía. (Entrevista a Pediatra salud privada)

La medicación en general, tanto para la niñez como para el adulto, es importante fundamentalmente en la prevención y el control de enfermedades. Pero siempre haciendo hincapié primero en la educación de las personas en cuanto a los hábitos de vida, insistiendo en eso. En realidad eso va contramarcha de lo que en general tanto mi medio, mis colegas, como la población en general asume, porque es más fácil tomarse una pastillita. Y con los niños en particular te diría que me resulta mucho más preocupante que con los adultos... Es un tema muy delicado, que tiene que ver con los avances tecnológicos que es lo lógico, y a eso sumale la facilidad de difusión o mala difusión de las cosas, de poca profundización en lo que hacemos y por ahí vienen una mentalización de la sociedad grande. (Entrevista a Directora Hospital MSP)

Creo que sí, que hay un mayor uso de psicofármacos en los niños, capaz que en los últimos 5 o 6 años. Si bien no tengo elementos para evaluar si están bien o mal indicados, creo hay varias cosas: una que son derivados más niños. Desde la escuela nos llegan algunos con trastornos de conducta en la clase o desde la propia consulta de los padres, de niños con hiperactividad o de niños con problemas de conducta en general que todos van con el mismo cartelito. Entonces cuando vuelven a la consulta pediátrica, muchos no cuentan que han sido medicados. Si hay una mayor sensibilidad, si hay un abuso, uno puede tener una intuición más que elementos técnicos para evaluarlo. Sí hay mucho más medicación, que de uno de tres venga medicado... (Entrevista a Pediatra MSP)

Se considera que en este último testimonio se condensa claramente lo que se ha venido planteando desde un comienzo: existe un abuso en la medicación con psicofármacos en la niñez, ha ido en aumento en los últimos años, y esto genera una sensibilidad perceptible especialmente desde la niñez, y excepcionalmente desde médicos y maestros que son conscientes de las distancias entre los fenómenos y las esencias, de la necesidad de trascender la distinción entre inquietud de enfermedad. Por ello, también

resultan pertinentes de escuchar, procesar y acompañar a quienes ubicados en la misma estructura disciplinar (médica en genérico, y en particular la Psiquiatría) marcan puntos de distancia con lo hegemónico, lo que les ocasiona dificultades diversas en sus propios ámbitos laborales y hasta con las poblaciones que reclaman la medicación que tienen tan interiorizada debe ser dada por los médicos, porque “ellos son los que curan”.

Desde el discurso educativo, algunos de los argumentos son los que siguen:

De hace 10 años atrás sí. Creo que el contexto socio-cultural ha bajado muchísimo en los últimos 30 años en este país y fijate que hoy día el 50% de nuestro niños nacen en hogares bajo la línea de pobreza. Eso para mi es fundamental, el ámbito donde nace el niño, desde el control del embarazo de la madre, la alimentación, donde vive, donde duerme, si vive con los padres u otros familiares, si come si no come, todo influye. Acá hay de todo: madres presas, padres presos, acá hay muchos factores, no es un único factor que puede incidir para la conducta del niño. Acá hemos tenido madres fallecida por sida, madres o padres drogadictos, hay muchas cosas.”(Entrevista a Directora ECSCC)

Creo que sí. No sé si es que hay más fármacos que atiendan a esa situación o hay más técnicos que lo estudian y lo aplican, o aumentó el número. (Entrevista a Directora ECSCC)

Sí. Tal vez antes no lo llevaban tanto al médico como ahora. Vos veías que los niños antes los padres no los llevaban, siendo niños enfermos. Yo tengo 13 años de Maestra y concurren mucho más al Psiquiatra y al Psicólogo. Era muy raro antes que tuviera un alumno yendo al Psiquiatra. Por eso era raro también la medicación. (Entrevista a Maestra colegio privado)

Sí, se ve que es una solución la de medicar, hay un problemita, le das la medicación y se soluciona el problema, aparentemente. (Entrevista a Maestra ECSCC)

La responsabilización casi sistemática desde la institución educativa a las familias por las “conductas desajustadas” de los niños y niñas redundan ya en la falta real de una autoevaluación. Siempre es más fácil culpar al otro, eso quita el peso de la responsabilidad compartida. Pero de eso se trata, de compartir, más que responsabilidades, reconocimientos que desde las diversas instituciones que se han ido analizando se exteriorizan pautas, valores, exigencias, deber ser que muchas veces son contradictorios entre sí, y la convergencia que la población infantil va haciendo de ello en sus procesos de interiorización muchas de las veces eclosionan. Se trata de niños y niñas ajenos a esta complejidad, pero éstos resultan quienes están en la mirilla, y las familias parecieran ser las únicas responsables en todo esto.

Cuando se les preguntó a las familias entrevistadas dentro del muestro del trabajo de campo si creía que había sido positiva la medicación con psicofármacos de sus hijos y/o hijas, casi en su generalidad afirma que sí. El punto está en develar si se tratan de respuestas naturalizadas de una situación que les trasciende, si en 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 debe ocupar su “falta”. ¿Cuánta autoconciencia habrá en estos procesos? ¿O serán fundamentalmente formas de apropiación, autoconservación y reproducción de la vida cotidiana en la singularidad de las distintas familias que particularmente son distinguidas por sus accesos a bienes materiales, sociales, económicos y simbólicos? Por lo pronto, si la niñez está en la mirilla, la familia está en el foco.

Sí, en parte sí porque lo ha ayudado a aplacar un poco los nervios. Hasta a mí me ayuda. Cuando él no está medicado hasta yo ando alta del piso, porque es todo el día atrás de él, ya es algo... el año pasado la Maestra jardinera me dijo que tuvo cambios de 180 grados cuando se lo medicó, y yo también, más tranquila porque ya no estaba tan al pendiente de todo lo que él podía hacer o no hacer. Y ahora también, si bien me cuesta que la medicación no es fácil, no le está haciendo de

todo efecto, igual estoy más tranquila. (Entrevista a madre niño de 6 años medicado)

No estoy muy conforme yo, porque toman mucha medicación y los problemas de conducta los siguen teniendo. Pero ahora les hicieron un estudio de sangre para saber qué van a hacer. La psiquiatra dice que es obvio que hay una medicación que les está haciendo mal, pero sin ese estudio no saben cuál es y por eso siguen con los trastornos de conducta. (Entrevista a madre de niños de 7 y 9 años medicados ECSCC)

En algunos momentos sí. Al menos tratarlo de tenerlo más tranquilo en la escuela... y acá también. (Entrevista a madre de niño medicado de 9 años colegio privado)

Sí, sí, ni que hablar, muy positiva. Al menos yo estoy muy conforme con la ritalina, con la risperidona más o menos porque arrastra la lengua y se le cierran los ojos y tengo miedo que le pase algo de nuevo. (Entrevista a madre de niños de 8 años medicado ECSCC)

Al principio se dormía, pero ahora no. Yo pienso que para la escuela le hizo bien, pero yo no si hoy porque los maestros no tienen paciencia que los mandan a todos al psiquiatra, acá hay muchos niños que se quejan, yo lo hago para que mis hijos no sean discriminados, para que los maestros trabajen mejor. En esta escuela hay muchos niños hiperactivos, pero sólo algunos lo llevan al psicólogo. No soy la única madre, siempre me llaman por los chiquilines, yo pienso que yo también fui a la escuela, fui intranquila y nunca fui al psicólogo, y mi hermana era peor que yo. Hoy por hoy quieren que todos los niños vayan al psiquiatra. Está el tema de los padres, no hay compañerismo con los hijos, hay que ver que pasa en la casa para ver que pasa en la escuela. Yo pienso... es triste tener dos hijos medicados, yo nunca tuve que ir al médico. Capaz que tengan que hacer lo que hacían antes que había un equipo de psicólogo, para que vayan por los salones y observar a los chicos, no que le hablen a los Maestros, para hablar con los niños, no es que tu hijo se

porte mal dos o tres veces y vaya al psiquiatra. (Entrevista a madre de niño de 12 años medicado ECSCC)

En este contexto, la niñez medicada abusivamente con psicofármacos, una niñez que se distingue del mundo adulto. Porque el “paciente”, en todo este entramado, es ese niño o niña que consume psicofármacos. Y sí, paciente, porque así se lo denomina desde la jerga médica, pero paciente también tolerar amenidades que les son interiorizadas como responsabilidades individuales.

- Yo sufro de epilepsia, igual que mi papá. Tomo todas las mismas pastillas que mi hermano. La única distinta es la de la epilepsia, que es la verde. – ¿Qué tomas? – Una blanca chiquita, una blanca grande, una color piel y una verde. – ¿Sabés como se llaman? – Risperidona, otra Ritalina y otras... ah Fluoxetina! (Entrevista a niño de 7 años medicado ECSCC)

Pero pareciera que en este Uruguay del siglo XXI, no todos naturalizan y legitiman estas prácticas de abuso en el uso de psicofármacos en la niñez. Así, en abril del año pasado sucedió un hecho que no sólo incidió en aspectos legales, sino que puso en el tapete público este tema, y con argumentos desde otra disciplina con “saber científico” (no científico médico, científico en su racionalidad) y desde una organización de base social como lo es el Movimiento Nacional Gustavo Volpe, a través de su Observatorio del Sistema Judicial. Tal como se expresara en el título del periódico que daba a conocer la noticia: *“Tribunal de familia obligó a Ministerio de Salud Pública a ejercer más control sobre un medicamento con efectos neurológicos en niños”*.

El Tribunal de Familia de segundo turno revocó una sentencia de primera instancia y obligó al Ministerio de Salud Pública a controlar en un plazo de 90 días la aplicación de metilfenidato (cuyo nombre comercial más común es Ritalina) en los niños uruguayos y a llevar un registro de esa droga en los centros de salud públicos y privados a los efectos de es-

tablecer una verdadera política en esta área. (...) En su fallo, el tribunal argumenta que “todos los poderes del Estado están sometidos a la Constitución”, por lo que es la vigencia de la Carta Magna la que “legitima la intervención judicial” sobre el Poder Ejecutivo, marcándole una línea de acción. De hecho, el tribunal entiende que las omisiones del MSP en el control de esta droga vulneran tratados internacionales suscritos por Uruguay así como el derecho a la vida, a la salud y a la “protección especial” de la infancia, consagrados en la Constitución de la República. De acuerdo con la sentencia, emitida el viernes 24, mientras que en el mundo el 5% de los niños sufre de Trastornos de Déficit Atencional por Hiperactividad (ADHD), en Uruguay el 30% de los menores consume metilfenidato para combatir esa patología. Considerando que existe escasa información sobre la seguridad, principalmente a largo plazo, resulta indispensable desarrollar estrategias de farmacovigilancia intensiva, ya que estos niños constituyen un grupo de riesgo”, entiende el fallo. (...) el tribunal condenó al MSP a establecer en un plazo de noventa días que el diagnóstico del déficit atencional sea realizado por “profesionales especializados”, que el metilfenidato sea recetado por “los especialistas que se determinen en todos los ámbitos de la salud tanto pública como privada mediante recetario uniforme” y a “agregar el sexo y la edad del paciente” en el formulario, para llevar una estadística y un control. (Búsqueda, 2009: 14)

Más allá de dejar en evidencia la falta de sistematicidad y rigurosidad en el control de psicofármacos en la niñez por parte del Estado, lo que a los fines de la presente investigación consiguen explicación algunos aspectos que parecían contradicciones de las entrevistas. El mayor era la insistencia desde el saber médico en aclarar que los psicofármacos son recetados en la niñez por Psiquiatras Infantiles o Neuropediatras, que salvo algunas ocasiones el Pediatra repite la receta para que no se queden sin medicación los niños/as. Esto no encontraba consonancia con la insistencia de las familias en que muchas veces la medicación la recetaban los pediatras o desde medicina general.

Desde la institución médica, las siguientes son algunas de las respuestas brindadas:

En Uruguay todos los médicos tienen habilitación para recetar psicofármacos, así que lo pueden hacer todos los médicos, tanto de adultos como de niños. Aunque parezca mentira, en el Uruguay no hay una ley de especialidades médicas, sí hay un registro de títulos de especialidades en el MSP pero no impide que un Médico de Medicina General por ejemplo pueda recetar medicación controlada, no tiene problema legal. (Entrevista a Director Hospital MSP)

Psiquiatra Infantil. En caso de no contar, para un trastorno atencional nosotros estamos autorizados a medicarlos. (Entrevista a Pediatra salud privada)
Psiquiatra, y en cierta medida el Pediatra si está más interiorizado, pero siempre siguiendo la evaluación con el psiquiatra. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Los Pediatras y los Psiquiatras Infantiles. Por lo que se ve acá son los Psiquiatras Infantiles y algunos Pediatras. (Entrevista a Pediatra MSP)

En realidad el Psiquiatra Infantil sería el adecuado para recetarlo. (Entrevista a Directora Hospital MSP)

Básicamente esa medicación la dan la Psiquiatra Infantil o los Psiquiatras de Adultos que también atienden a niños. O los Pediatras. Pero la podría dar cualquier médico, pero en una medicación tan específica como la ritalina pedimos que llegue la receta del médico especializado. (Entrevista a Químico Farmacéutico salud privada)

En general los indica siempre el Psiquiatra. Yo siempre me negué a iniciar una medicación psiquiátrica como Pediatra, no me considero con la formación y uno es un poco reacio a esas cosas y más sabiendo que tiene sus indicaciones precisas y ha cambiado en muchos casos el pronóstico

y las posibilidades de muchos niños. Si ya vienen recibiendo, eventualmente repetimos, pero con la salvedad que se siga controlando, porque a veces se perpetúan tratamientos. (Entrevista a Pediatra MSP)

Si tu vas a la ley, cualquier médico los podría recetar. Hay que ser muy específicos, porque tal vez la indicación sí la dio el Psiquiatra, que serían los médicos que podrían dársela. Por ejemplo, un antidepresivo en un niño tal vez un Pediatra general lo podría dar, pero yo creo que no. Quizá sí en una enuresis, pero yo igual no lo hago. Yo por principio no medico con psicofármacos, creo que es un terreno específicamente del Psiquiatra Infantil, que es un médico que tiene una formación muy diferente a la mía, que está desde lo orgánico, lo psicológico, a lo farmacológico imbuido en otra formación, y yo lo más que hago es ayudar a acompañar los posibles efectos secundarios de esa medicación. (Entrevista a Pediatra MSP)

Desde la institución educativa, algunas de las respuestas surgidas fueron las que siguen:

Tengo entendido que sólo la Psiquiatra. (Entrevista a Directora EC-SCC)

En todo el departamento tenemos una Psiquiatra Infantil, pienso que es la única que medica. (Entrevista a Directora ECSCC)

En el caso nuestro, los médicos que han recetado es el Psiquiatra Infantil y el Neuropediatra. (Entrevista a Directora colegio privado)

Los médicos capacitados para eso seguramente son los psiquiatras. (Entrevista a Maestra colegio privado)

Vienen del mismo Pediatra, tendría que ser un psiquiatra, no? (Entrevista a Directora colegio privado)

Desde la institución familia, se retoman algunas de las respuestas al respecto:

La Psiquiatra y la Neuróloga. Y también tiene una Psicóloga. La Neuróloga le recetó y la Psiquiatra autorizó. (Entrevista a madre de niños de 8 años medicado colegio privado)

La Pediatra, porque no se consigue nunca hora para la Psiquiatra. (Entrevista a niño de 8 años medicado ECSCC)

La Psiquiatra Infantil empezó, ahora puede ser la Pediatra. (Entrevista a madre de niño de 6 años medicado ECSCC)

La Pediatra y también la Psiquiatra, que me dijo que tiene déficit atencional, y es por la mala conducta en la escuela. Él es muy inteligente, está con un promedio en la escuela de MBB, pero con una conducta de RB. Entonces él sabe, el tema que él molesta, pega, corre, él se va de la escuela corriendo. (Entrevista a madre de niño de 8 años medicado ECSCC)

La otra cuestión que aparecía como necesidad de reiterar por parte del saber médico era el tema de la receta con la que se puede dar el acceso el metilfenidato, con cual otros psicofármacos, etc. En lo personal, esto habla de una consolidación de prácticas discursivas desde un saber que logra corporativamente dar respuestas casi uniformes cuando ven que el ejercicio de su poder pudiera quedar deslegitimado.

En el caso de niños y adolescentes, los Psiquiatras de niños. Acá en el país, para los estimulantes de tipo metilfenidato usamos receta de tipo naranja con un sello troquelado. Ahora viene uno que está digitalizado, pero es un sello troquelado que le da mucha confianza al hecho que viene el número de caja profesional de cada uno de nosotros, viene marcado, troquelado en la receta. La receta naranja es por triplicado:

dos van a farmacia, uno se lo queda el técnico en su poder, y tiene un control muy estricto en el nivel de uso privado de la medicina. Porque este mismo criterio en algunos lugares de salud pública hasta ahora no se seguía. Se le daba una receta blanca duplicada, que es muy fácilmente adulterable. Es decir, que a veces la propia salud pública tiene criterios encontrados con respecto al control de estos medicamentos. Y los psicofármacos comunes se usan en receta verde, que esa no lleva duplicado, pero tiene también un sello troquelado, o ahora también las últimas que vinieron un sello digitalizado donde está el número de caja profesional de cada técnico. (Entrevista a Psiquiatra Infantil salud privada)

La receta no siempre es del especialista que la indica, porque la entrega nosotros la hacemos mes a mes y son patologías que mientras la estás ajustando lo ves más seguido, pero cuando ya está estable, lo ve cada 3 meses y para la repetición lo hace otro médico. El programa informático te dice que la primera vez sea por Psiquiatra. (Entrevista a Química Farmacéutica MSP)

Acá lo receta el Psiquiatra Infantil, pero acá. Porque cualquier médico, cuando te otorgan el título te habilitan para ejercer la medicina, uno por principio trata la patología para la cual uno está preparado y formado, pero teniendo el recetario no pasa nada. Hay que tener un recetario especial que hay que irlo a buscar a salud pública. (Entrevista a Pediatra MSP)

Eso no quita que el Pediatra lo repita cuando el Psiquiatra lo indicó. En realidad, ahora hay mecanismos a través de los cuales el Psiquiatra le da la dosis hasta el siguiente control. Es lo que llaman las “recetas crónicas”, que son las de tres meses, entonces, ahí se juega con el cuidado con la medicación, con que no se tome de más, con que haya un adulto responsable para que tenga la disponibilidad. (Entrevista a Pediatra MSP)

Depende un poco porque hay distintas categorías de psicofármacos. Lo habitual es que se expidan con receta celeste de psicofármacos, no?

Los estupeficientes, por ejemplo, en el caso nuestro que es el que nos importan, el metilfenidato, es una receta especial que es duplicada y que sólo la expide el médico que tiene la autorización y maneja ese tipo de recetario, o sea que es el Psiquiatra, es el Neurólogo, es el Neuropediatra. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Más allá que esta instancia judicial se reconoce como un enorme paso dentro de lo que sería colocar esta temática en la agenda pública, lamentablemente los alcances del mismo llegan sólo al uso (y abuso) del metilfenidato, cuando en las entrevistas aparece que hoy día lo que más se está dando, no es sólo Ritalina o Gobal, sino drogas como la risperidona, clonazepam, valproato y sertralina (en sus diversos nombres de laboratorio), en respuesta a la misma patologización de la niñez por sus expresiones conductuales.

Desde el discurso médico:

Ritalina, DPA que se supone que es para el trastorno del humor, que combinado con otras medicaciones, incluso con la ritalina, es como la magia, así lo dicen las Maestras, porque los efectos los ven ellas, no? La risperidona también. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Risperidona, Clonoten, Ritalina, por lo general son esos. (Entrevista a Química Farmacéutica MSP)

Para los niños, neuroptil gotas, risperidona gotas, ritalina la común y de acción prolongada, ibupromacina también. La ritalina de acción prolongada es el doble la dosis y se da más espaciada. (Entrevista a Química Farmacéutica salud privada)

Clonazepan, risperidona, son los dos que he visto más aumentar. La ritalina ya había aumentado años atrás. (Entrevista a Química Farmacéutica MSP)

Clonoten en gotas, la ritalina, risperidona. (Entrevista a Químico Farmacéutico salud privada)

Ritalina, Valproato y la risperidona. (Entrevista a Pediatra salud privada)

Metilfenidato, que el nombre comercial es la Ritalina. Pero hay otros: valproato, clonazepam, risperidona, sertralina. (Entrevista a Pediatra salud privada)

Ritalina, risperidona. Tiene que ver también con qué paciente es el que consulta. Generalmente el que hoy llega a la consulta es el que tiene problemas de conducta, por que lo identifican problemas porque genera más dificultad. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Los antidepresivos, ansiolíticos, ritalina seguramente es una de las más utilizadas, y probablemente estén siendo utilizados antipsicóticos. (Entrevista a Directora Hospital MSP)

Sobre todo la ritalina. Incluso nuestro neurólogo a él le gustaba una en lugar de ritalina. La droga de base era la misma pero el laboratorio otro. Prefería uno antes de otro. (Entrevista a Director Hospital MSP)

Los dos más frecuentes son la risperidona y la ritalina, y a veces van junto también. En menores casos la sertralina en niños que tienen un componente ansioso-depresivo. Pero sin duda la ritalina y la risperidona con mucha frecuencia. (Entrevista a Pediatra MSP)

Están usando el ácido valproico, que es un anticonvulsionante pero que es regulador del humor; he visto usar sertralina, que es un antidepresivo, y risperidona. Con respecto al gobar o la ritalina no la escuché tanto como indicación de mis pacientes. (Entrevista a Pediatra MSP)

Los antidepresivos, los ansiolíticos como la risperidona, y éste para la

inquietud y la hiperactividad y la atención que es la ritalina. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Los que trabajamos también a nivel general, de las policlínicas polivalentes, utilizamos mucho el metilfenidato porque el déficit atencional es de los trastornos más prevalentes. Entonces, sería lo lógico que fueran de los fármacos más usados. Pero que pasa? No siempre se pueden usar, es lo que te digo, trabajé 10 o 12 años a nivel de la periferia, y es un fármaco que no lo podemos usar muchas veces porque bueno, no hay una familia que responda atrás, es un fármaco controlado que requiere un retiro cuidadoso, controlado, con recetas, que muchas familias no pueden acompañar. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

En general, en la niñez, fundamentalmente te diría que están indicados los estimulantes del tipo metilfenidato en el déficit atencional; los antidepresivos de tipo ISRS, antes se usaban tricíclicos, pero se ha tendido a disminuir el uso de los mismos porque pueden dar trastornos de la conducción cardíaca; se usan fundamentalmente también reguladores del humor, que son medicamentos que en el caso de los trastornos bipolares resultan muy efectivos; y se usan tranquilizantes mayores antipsicóticos, en los casos graves, donde hay trastornos del pensamiento. Fundamentalmente son esos los fármacos que se usan. (Entrevista a Psiquiatra Infantil salud privada)

Desde el discurso de la institución educativa, es desde donde se desprende más claramente el tema que será neurálgico en el punto que sigue y que resulta una de las “sorpresas” surgidas del trabajo de campo: por lo general, la Ritalina se utiliza masivamente en contexto privado; mientras en el ámbito público, se utiliza esta droga pero menos cantidades, siendo la más frecuente y la que se ha masificado en los últimos años la risperidona.

Risperidona o algo así. (Entrevista a Maestra de ECSCC)

Ritalina y otros similares a eso. (Entrevista a Directora colegio privado)

No sé, son una gotitas. Dicen que es como un antipsicótico. (Entrevista a Maestra ECSCC)

Siento hablar de la ritalina o el risperix, que ni siquiera sé si es lo mismo. (Entrevista a Directora colegio privado)

Ahora, qué medicamentos son en realidad, lo desconozco, y si se tiene control respecto a los mismos, tampoco conozco. Una es como risperidona. (Entrevista a Maestra ECSCC)

Acá la mayoría que han venido han sido con Ritalina o algún similar de la Ritalina. (Entrevista a Directora colegio privado)

La única que he sentido en la escuela fue la ritalina. (Entrevista a Maestra colegio privado)

Ritalina, pero hay otro nuevo ahora que le están dando, la risperidona. (Entrevista a Director colegio privado)

Ritalina para todos, que a su vez la dan como tipo aspirina para todos. (Entrevista a Directora ECSCC)

Desde el discurso de las familias se puede apreciar claramente qué tipo de medicación están tomando, cuál es la que está siendo más recetada (posiblemente más la risperidona que la ritalina, hoy día) y en qué cantidades:

Empezaron con gotitas y lo volví a llevar para que le pasaran a algo más fuerte y le pasaron a comprimidos y le aumentaron ya dos veces la dosis. Y ahí le dieron neuleptil para dormir, pero no le hizo mucho efecto eso. Eso le daba cuando era chiquitito, cuando empezó jardenera ya no tomaba eso ahí le recetaron la risperidona para antes de ir a la escuela. Y ta, ahora está así. Y ahora lo quiere ver la cardióloga si su

corazoncito está bien porque hay que recetarle otra medicación para ayudarlo a concentrarse en la escuela. (Entrevista a madre de niño de 6 años medicado ECSCC)

Yo creo que desde que consulté la primera vez en 2º año. Empezó con Plidex, ahora está tomando, pah no me acuerdo el nombre. Y él empezó tomando de a poco y se fue agregando a como él se fuera sintiendo, y así lo mismo cuando le fue sacando, que bajó a una de mañana y una de noche, sólo darle cuando estuviera muy agresivo. Yo entonces le tengo que dar cuando se pone nervioso. Porque entró en una depresión, después le dio una crisis de pánico y entonces cuando yo lo veo muy nervioso, cuando le está por venir la crisis de pánico, yo lo medico. Eso me lo dijo el Pediatra. Porque yo le tuve que pagar una consulta particular porque estaba horrible de mal. Y ahí empezó de nuevo con Plidex y ahora tiene que ir cada 15 días a Montevideo o una vez por mes para verlo. (Entrevista a madre de niño de 11 años medicado ECSCC)

Ellos toman la risperidona, hace como tres años ya. – Y por qué se las recetaron? – Por la mala conducta. (Entrevista a madre de niños de 8, 9 y 10 años medicados ECSCC)

Está tomando la risperidona y unos disparos que se le hacen en la nariz que no recuerdo el nombre, ya hace un año casi. Empezó tomando la risperidona, pero en menores cantidades. Ahora toma más. Los disparos por la noche lo ayudan al metabolismo y le estamos dando también unas pastillitas por la mañana pero tampoco me recuerdo el nombre, que son para que le estimulen a prestar atención a las cosas. Risperidona toma 5 gotas en la mañana y 5 en la noche, la otra pastilla de mañana y otra de noche y los disparos de noche. Antes la risperidona eran tres veces al día, ahora bajó un poco. (Entrevista a madre de niño de 8 años medicado)

Hace 3 años que toma levomepromasina, carbomepasina y risperidona. Antes tomaba la risperidona le pusieron después, porque dice la Psiquiatra que eso lo controla. Pero él se encapricha en que no la toma y no la toma y me la tira y no la toma. (Entrevista a madre de niño de 9 años medicado ECSCC)

Hace un año al final él comenzó con medio comprimido de sertralina, que la tomaba a la noche. Después se la cambió por otra que era como en dosis de adultos, 20mg que era una dosis de adulto ahí me empecé a cuestionar más porque él empezó a alucinar, empezó a hacer muchas cosas, y yo tenía siempre el corazón en la boca, no podía ir a la casa de mi madre ni lo dejaba ir a ningún lado porque yo lo quería tener acá de noche, que si le pasaba algo estar yo ahí. (Entrevista a madre niño 14 años colegio privado)

Primero, como Michael era chico le mandó unas gotas, luego una medicación, el mismo nombre, primero unas gotitas, luego en pastillita verde. Es la rispa, para tranquilizarlo estando acá, y la ritalina es para concentrarse las cuatro horas que viene a la escuela. Michael siempre tomó la ritalina. Ahora está tomando media rispa y una ritalina y media. Eliana primero fue una, después le agregaron media. A medida que van creciendo le van aumentando la dosis. (Entrevista a madre de niños de 8 y 10 años medicados ECSCC)

Empezó con ritalina, y ahora también risperidona, nidepac 500. Y él tiene que estar medicado todo el tiempo. Yo le estaba dando ritalina, pero a las 4h ya se le va el efecto y empieza con los picos de locura, entonces ya le doy otra y otra y otra, y la Psiquiatra me dijo “no, no le des muchas” y yo le dije que ya no le estaba haciendo nada, porque ya lo habían sacado del colegio porque no le estaba haciendo nada y ya se ve que el efecto no le hace, digo yo. (Entrevista a madre de niño de 8 años medicado colegio privado)

Empezó con risperidona a los 4 años, al principio gotitas ahora ya es

comprimido. Le han ido aumentando, porque le expliqué todo lo que estaba haciendo y le aumentó. Le daba un comprimido por día, ahora le aumentó uno a la mañana antes de ir a la escuela y otro medio a la tarde cuando llega. Igual no lo ha ayudado mucho, por eso hay que darle otra medicación, pero la psiquiatra no va a resolver administrárselo hasta que lo vea la cardióloga. (Entrevista a madre de niño de 6 años medicado ECSCC)

Hace tres años ya. Los empezaron medicando con risperidona y después les fueron aumentando y aumentando y ahora los están medicando con DPA, nidrane, ritalina, carbamazepina, risperidona. De memoria no sé qué le doy, lo tengo todo apuntado. Sé que les doy de mañana, a las 13h, a las 17h y a las 21h. Yo hay veces que los fines de semana no se las doy, y a veces tampoco la de la mañana, pero ahí la psiquiatra me dice que está mal porque ahí es cuando ellos tienen un trastorno de conducta, porque al final los dejo que no se adapten. Entonces ahora se las tengo que dar siempre. (Entrevista a madre de niños de 7 y 9 años medicados ECSCC)

Empezaron con las gotitas, las goba, y ahora están con la risperidona, una pastilla entera por día, los tres, sin importar la edad. (Entrevista a madre de niños de 8, 9 y 10 años medicados ECSCC)

Los niños y niñas uruguayos/as tienen muy claro que están consumiendo psicofármacos y ya desde edades tempranas manejan cuando no los nombres, sino los colores asociados a los efectos.

- ¿Te acordás hace cuanto tiempo tomás la medicación? - Si! 8 años! –
¿Tanto? Pero tu tenés 6! – (se ríe) No cuando empecé la escuela, hace poco, y ahí me mandaron la risperidona. (Entrevista a niño de 6 años medicado ECSCC)

Primero tomaba gotitas, después cuando no me hacían más nada las

gotitas la doctora me mandó más pastillas porque me portaba más mal. Y ahora con las pastillas me estoy portando bien. Yo ahora que paso al liceo me gustaría no tomar más las pastillas, porque en el liceo uno no va a andar tomando pastillas. Yo creo que ya en el liceo si no tomo las pastillas me puedo portar bien. (Entrevista a niño de 12 años medicado ECSCC)

Mi madre le decía que yo a veces me portaba bien otras mal y entonces me mandaron pastillas, una la rispa y la otra no me acuerdo el nombre. (Entrevista a niño de 12 años medicado ECSCC)

Mi madre va con la doctora y dice cosas de cómo me porto y ahí deciden si me suben o me bajan la pastilla, una que se llama risperidona. Ahora voy tomando una y media. (Entrevista a niña de 9 años medicada ECSCC)

No, no me dijeron nada, enseguida me dieron medicación, una pastilla que ni me acuerdo como se llama, pero es celeste. (Entrevista a niña de 11 años medicada colegio privado)

Yo tomo ritalina y mi hermano rispa, porque él se paraba y todo así, cualquier cosa. Un día me sentí mareada, me desmayaba, me golpeaba la cabeza y la pastilla ahí la dejé de tomar, pero cuando no tomo más la pastilla me da ganas de comer, de agarrarme y comer todo. (Entrevista a niña de 9 años medicada ECSCC)

Tomo ritalina, otra rosada, otra que se llama risperidona. (Entrevista a niño de 8 años medicado)

Esta niñez uruguaya ya desde sus primeros años de vida conoce lo que se siente y qué hay que tomar para sentirse de cual o tal manera. Distingue claramente nombres de drogas como si fueran marcas de caramelos; colores y efectos como si fuesen gustos de chicles.

Como se dijo, los avances en el proceso judicial planteado son enormes, resultan el comienzo de una “batalla” social que se aparta de lo netamente médico en sus definiciones y consolidaciones. En entrevista con el Abogado quien llevó adelante tal emprendimiento, se pudo conocer en profundidad el proceso, lo logrado y cómo sigue esta instancia.

- Nosotros interpusimos dos acciones, empezamos a inicios del año 2007 con una acción administrativa de acceso a la información pública. Esa acción administrativa no fue contestada por el MSP, que no sustanció el trámite, que fue un trámite administrativo... Utilizando un precepto constitucional que dice que “vencido el plazo de 150 días sin que una autoridad se manifieste se entiende el silencio como negativa”, accionamos judicialmente contra el MSP para que nos diera esta información. Cuando hacemos este Juicio de Amparo lo hicimos el último día de plazo en que se podía hacer, esperando que la administración nos diera la información por sus propios medios hasta último momento, y eso no sucede, y en el marco del proceso de amparo, para acceder a la información de la importación del metilfenidato, el MSP se opone en todo momento. (...). En el año 2008 redoblamos la apuesta, y en base a la recomendación de algunos organismos internacionales como la Junta de Estupefacientes de Naciones Unidas y el Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas, que son dos órganos de expertos de distinta naturaleza, demandamos al MSP ya no sólo para que nos diera la información sino para que controlara el posible diagnóstico excesivo o uso indebido de la sustancia porque no era explicable el aumento que se había constatado con el proceso anterior. - ¿De cuánto es el aumento? - Es de 900gr a 17000gr del 2001 al 2007. - ¿Se tiene alguna idea por qué se aumentó tanto en estos últimos años el tema del metilfenidato? - A partir de nuestra primera acción se empezaron a ensayar algunas explicaciones que son francamente insatisfactorias. Una es que el aumento se vincula a problemáticas más generales como la transformación de la familia. ... Se dispara en el 2002. Esa las ensaya el MSP en sus escritos. - ¿Pero lo

dicen tan abiertamente como que por problemas sociales se prescriben psicofármacos? – Sí, sí. (Entrevista a Abogado Observatorio del Sistema Judicial del Movimiento Nacional Gustavo Volpe)

Tal como plantea Foucault (2005), siempre hay que poner en juego la medicación y la dirección. Para reprimir a un “enfermo” es necesario castigarlo, pero ante la creencia que si se lo hace es por su propio bien y tiene una utilidad terapéutica. En este sentido, plantea que el castigo debe actuar como remedio, y viceversa. Este “doble juego” entre el remedio y el castigo sólo puede darse si hay alguien que plantee ser el poseedor de la verdad sobre la naturaleza de aquellos.

Tomando este aspecto en cuestión resulta pertinente brindar algunas de las respuestas de los niños y niñas medicados/as con psicofármacos con relación a sus percepciones y sensaciones, tanto internas como del entorno, cuando consumen y no consumen la medicación, así como la “familiaridad” con estas drogas y su manejo.

Cuando estoy ansioso, la tomo y me quedo tranquilo. Sólo la tomo cuando estoy nervioso. – Y tu pedís la medicación o tu mamá te la da? – No, yo sé donde está y la agarro y tomo. (Entrevista a niño de 11 años medicado colegio privado)

Cuando no la tomo me siento peor, me duele algo, a veces me duele algo y después no me duele nada. (Entrevista a niño de 8 años medicado ECSCC)

Cuando la tomo me mareo y después me duermo, y cuando no la tomo me siento mejor. Por eso no la quiero tomar. (Entrevista a niño de 10 años medicado de colegio privado)

Cuando no tomo las pastillas no tengo ni sueño, ni estoy cansado, ni nada de eso, cuando tomo la pastilla estoy con sueño, no puedo jugar con todos. Cuando no la tomo me siento mejor. (Entrevista a niño de

12 años medicado ECSCC)

R) Cuando no la tomo me porto mal. A) Cuando la tomo me porto refabuloso. Porque me porto bien todos los días. – ¿Qué sientes tu?
A) Que me muevo menos y corro menos. R) Yo me quedo recansado por eso corro menos. – ¿Y los días que no la tomas? R) Corro, pego, todo. A) Yo juego corriendo con mis compañeros, y juego a la mochila (correr uno con otro a la espalda). Y un día el Matías me soltó y me dejó un chichón, pero ya no lo tengo más. R) A mi me da sueño. A) A mí también. R) Y me dan ganas de comer mucho. Pero cuando no la tomo me dan ganas de moverme para todos lados, no puedo parar. (Entrevista a niños de 8 y 10 años medicados ECSCC)

Me siento más tranquila cuando tomo la pastilla, cuando no la tomo me dan ganas de hacer cosas, de pararme y cosas así. A mí sueño no me da porque yo tomo media, pero a mi hermano sí pero toma una y media. (Entrevista a niña de 9 años medicada ECSCC)

- Cuando no tomo las pastillas a veces me siento mareado. Cuando la tomo me siento medio mareado también, me duele la cabeza. – ¿Tu le dices eso al médico? – Sí y me dice que me acueste. Cuando me duele la cabeza que me acueste un rato y después se me alivia. Y la risperidona me hace arrastrar la lengua. (Entrevista a niño de 8 años medicado ECSCC)

Cuando no la tomo me porto mal, pero no me siento mal. Cuando la tomo me porto bien y me duele la cabeza.”(Entrevista a niña de 11 años medicada colegio privado)

- A veces me siento mareado. Y ahí me acuesto, miro un rato de tele y después me duermo. – ¿Tomas antes de ir a la escuela? – Sí. – ¿Y ahí no te da sueño? – Cuando me levanto de la cama. Una vez dormí y me levanté y me dolía todo acá (se toca el hombro). – ¿Y eso por qué? – Capaz porque dormí mal. – ¿Alguna vez te hizo mal la medicación?

– Sí, una verde porque se me arrastraba la lengua, la primera vez estaba todo bien, la segunda que me dieron una entera y ta, se me arrastraba la lengua, tenía que hacer así (hace gesto de masajearse la cara) en la carretilla. – ¿Te asustaste ahí? – Sí, mi mamá llamó a mi padre y me llevaron al médico y fui a la policlínica de acá y ahí el médico me dijo que me tenía seguir moviendo los cachetes. – ¿Seguiste tomando esa pastilla? – No, se la dimos al médico. Y no tomé más de esa. (Entrevista a niño de 8 años medicado ECSCC)

Estos niños y niñas que especifican con tanta claridad sensaciones y percepciones causadas por la medicación en sus propios cuerpos infantiles, a la hora de formular la pregunta a las familias cómo les parecía que sus hijos/as se sentían cuando tomaban la medicación y cuando no lo hacían, las respuestas se orientaron por lo general a las manifestaciones conductuales y su obligación como familias de cumplir con los tratamientos manda(ta)dos desde el saber médico y exigido por el saber educativo.

Manuel, tomando la medicación de la mañana, si no va a la escuela se duerme a media mañana, y si no a veces se duerme en la escuela, no siempre. Incluso de tarde también, después que toma la medicación de las 13h dice que se siente flojo, débil, pero pienso que es efecto de la medicación, pero la Maestra me dice que le dura hasta las 2 de la tarde y ya después se pone como es normal él: si tiene que pegar pega. Ellos necesitan la medicación, sino se golpean y eso. (Entrevista a madre de niños de 7 y 9 años medicados ECSCC)

Ellos se adaptaron enseguida, pero se duermen en la clase, una media hora, y las Maestras los dejan dormir y después se despiertan y trabajan bien dicen. Se duermen en la clase, pero ya se me van durmiendo desde el camino. Yo los tengo que llevar a la escuela porque se me duermen porque son fuertes las pastillas, se las cambiaron y son fuertes. (Entrevista a madre de niños de 8, 9 y 10 años medicados ECSCC)

- Él toma la medicación y le hace efecto como hasta las 11h30 más o menos. Es normal, es un niño que le hablas y responde bien. Pero cuando ya no tiene ritalina ya no es un niño normal, que pasó y te pegó una patada. Por eso yo tengo mucha confianza en ritalina. Por eso cuando le cambié a ésta no le noté el cambio como con ritalina. Le mandaron ahora una que se llama risporex o algo así, 3mg, y yo se la di y él quedó todo torcido, entonces salí volando a la policlínica y el médico me dijo que era efecto de la pastilla y que lo dejara dormir. Pero mi miedo era que si se dormía mucho... Entonces no se la di nunca más esa. Y me hice la ofendida con la doctora, le dije lo que le había pasado, porque hasta la lengua se le había caído y se le había caído toda la cara y la boca, y ella me dijo “ah, se ve que fue muy fuerte”, y ahora le está dando la rispa, que es la risperidona, 1mg, y él queda con los ojos cerrados todo el tiempo, conversa como bla bla. Por eso le doy solo la mitad, y la mitad me lo deja así también y ahí se duerme como a las dos horas. Se la estoy dando también a la hora pico de las 7 de la tarde que ya no lo aguanto más, que es ahí que yo le doy la risperidona a la mitad, que sé que a las 9 ya se durmió, pero a las 6 y media de la mañana ya está levantado, no entiendo por qué duerme tan poco. – Pero está durmiendo de las 9 de la noche a las 6 y media de la mañana, no es poco, son más de nueve horas por día. – Es poco, como toma tanta medicación, son tres distintas por días no sé cuantas veces ya. (Entrevista a madre de niño de 8 años medicado ECSCC)

- Le ha pasado eso que quedó todo duro. – ¿Y él que te decía cuando le pasó eso? – Nada, lloraba y lloraba porque ni hablar podía, y lo controlé toda la noche y al día siguiente siguió así como lento. Pero por ejemplo con la ritalina, me dijo la doctora que a las 4h se le va de la sangre. Para mi confianza prefiero ritalina, la risperidona no sé cuando se le va. (Entrevista a madre de 8 años medicado ECSCC)

Galende (2008) plantea la necesidad del conflicto visualizado como indicador de las fuerzas psíquicas que atraviesan al sujeto para comprender

los malestares de la existencia de cada sujeto. De esta manera, medicando se anulan tales indicadores, y estos anulados lejos de resolver los conflictos de base los tapa. Las sensibilidades expresadas por estos niños y niñas medicados/as con psicofármacos dan cuenta de una anulación completa de cualquier tipo de indicador que permita comprender sus padecimientos psíquicos. Más aún cuando desde los discursos de las familias este aspecto parecería no tener atisbo de preocupación como tal, sino el poder cumplir con lo exigido por la institución médica. ¿Los efectos colaterales? Parecieran ser parte constitutiva y naturalizada de esa rutinización de la medicación. Pero estamos hablando de niños y niñas entre 4 y 14 años que están pidiendo ser escuchados, no sólo cuando sin la medicación se manifiestan “trastornados”, sino cuando con ésta los efectos colaterales son tales que ellos mismos son capaces de evaluar los pros y contras que desde las tres instituciones implicadas parecieran no querer ver. ¿Qué si no el *dolor social* planteado precedentemente de la mano de Scribano resultan estas sensibilidades infantiles? ¿Se los puede escuchar, verlos, sin diagnosticar, medicar y suprimir en su esencia? ¿Dónde está el límite de este mundo adulto disciplinador? Es cuestión de ver, sentir, percibir al otro como sujeto; es cuestión de potenciar en el adulto la capacidad de la empatía, del ponerse en el lugar del otro. Sino, no hay futuro que valga, ya este presente está siendo consumido en una adicción impuesta.

Cómo último punto del análisis discursivo de los diversos actores implicados, se le preguntó a los interlocutores de las instituciones médicas y educativas qué opinaban sobre la medicación con psicofármacos en la niñez. Una vez más, contradicciones, falta de consensos, opiniones antagónicas, pero por suerte basadas en el “saber científico”.

Al respecto, desde la institución médica se planteó:

¿Y medicar? Hay que medicarlos! La gente dice “están todos medicados”, o sino viene la Maestra y dice “si no viene medicado no entra”, cosa que no puede ser, porque la decisión no es de ella, la orden no es de ella. O por otro lado que aconsejan que no mediquen, que se va a hacer adicto. Pero la medicación para la casa no se da, se da para la

escuela, en las vacaciones no las toman y los fines de semana tampoco. Se ajustó pila el tema de la medicación. Pero hay padres que les hace efecto y los medican por cuenta de ellos también para que estén tranquilos en sus casas. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

- Si están bien indicados importantísimo. Hemos logrado cambiar la evolución de muchos cuadros gracias a una medicación oportuna e indicada. Pero tiene que ser indicada correctamente. – ¿Qué significa bien medicado? – Bien medicado significa que dentro del conocimiento científico actual, uno conoce los resultados de determinado tipo de medicación que, indudablemente, como toda medicación, tiene pros y contras. Los pros son aquellos efectos favorables que están en el sentido de la cura, y los contras son los efectos secundarios que muchas medicaciones tienen. ... Es decir, que eso está en la tapa del libro desde que se ha inventado la farmacología. Y uno como técnico tiene que escuchar lo que es el resultado científico de investigaciones bastante consistentes que existen en el mundo y que demuestran que esas cosas cuando uno indica determinado fármaco habitualmente produce efectos positivos. Tiene que averiguar siempre cuáles son las contraindicaciones, que las hay. (Entrevista a Psiquiatra Infantil salud privada)

A veces está indicado. Hoy en día hay mucho niño con trastorno psiquiátrico, no todos están en tratamiento con psicofármacos, pero si el Psiquiatra evalúa que hay que medicarlo hay que hacerlo. (Entrevista a Pediatra salud privada)

Hay trastornos del desarrollo, trastornos psiquiátricos que requieren tratamiento farmacológico y en ese caso han sido muy bienvenidos. No es lo mismo la historia de la psicosis del 50 para atrás que del 50 para acá en el siglo pasado. Y eso está en todos los libros, cambió la historia. La “historia de la locura” cambió. Entonces, hay que usar con cautela los medicamentos, concretamente, por ejemplo, el

metilfenidato, que es un medicamento que muchas veces queda en tela de juicio, es uno de los medicamentos más estudiados, con más tiempo de prueba. Realmente uno ve que cuando ese medicamento está bien usado, que pasa por un diagnóstico correcto, por saber si no hay contraindicaciones en el medicamento, por saber si en realidad concomitantemente con eso que yo diagnostico no hay otros diagnósticos que imposibiliten el uso de ese fármaco. O sea, esa es la especialidad. El error es pensar que frente a un síntoma uno tiene un medicamento, entonces tratamos síntomas, y no tratamos síntomas tratamos enfermedades. No todos los niños que llegan al Psiquiatra requieren medicación.”(Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Es parte del tratamiento, el tratamiento psiquiátrico tiene distintas partes: las terapias, lo farmacológico, el trabajo familiar, el trabajo con la escuela. El tratamiento farmacológico es una herramienta más, cuando se lo aplica de forma adecuada es positivo, mejora síntomas, trastornos que si no se trata se van empeorando, complicándose. Como cualquier enfermedad, cuando se necesita la medicación se tiene que utilizar. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

En algunos casos es imprescindible, en estas situaciones, por como son las condiciones, también son imprescindibles, porque ese niño no puede ir a la escuela en ese estado de caos que vive en su casa, entonces la medicación lo ayuda a poder estar un poquito más tranquilo para poder estar en situación de aprendizaje, en el caso que pueda aprender... Y lo otro, que es muy importante es en niños con depresión, o niños con mucho desamparo emocional que terminan sintiendo deseos de morir, y que no son pocos. Ahí toman antidepresivos que tienen una latencia en el organismo de 20 a 30 días para empezar su acción, pero ves al niño al mes y es otro. Deja de estar devastado por la tristeza y la depresión y empieza a sonreír, a ver la vida en color sino para él era todo en blanco y negro. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Tiene un papel ambivalente. La medicalización de la sociedad ha llegado también a impregnar la educación. Hay una medicalización de la educación y no es raro que las mamás vengan y digan “dice la Maestra que hay que darle unas gotitas para que se tranquilice”. ... Y la palabra “violento” o la frase “es violento”, es lo que más se escucha. Es por la violencia que él tiene que se pide el tratamiento. Yo recibo muchas cartas de las Maestras al respecto. Entonces, se dirigen “A quien corresponda”. (Entrevista a Pediatra MSP)

Bueno, hay algunos casos, puntuales, en que son necesarios. La gran mayoría no necesita medicación. Los niños con una buena educación, con límites adecuados, se maneja bien, dentro de los parámetros normales, y va creciendo bien. Sinceramente no soy muy partidaria de la medicación. (Entrevista a Pediatra salud privada)

Primero hay un mayor diagnóstico y una mayor dedicación de prestarle atención a los niños, pero por otro lado también me parece que hay una cierta tendencia a que los niños tengan que estar todos quietitos y sentaditos y si no es así hay que medicarlos. Para mí hay una sobremedicación en muchos aspectos, pero ésta es la más peligrosas para los niños y el entorno. (Entrevista a Pediatra MSP)

Como ha sucedido en otros puntos trabajados con anterioridad, excepcionalidades aparecen, se plantean y son los discursos que se rescatan como “alternativos”, aquellos que habilitan a pensar que más allá que resulten disciplinas hegemónicas y hegemonzantes, hay “disidentes” que cuestionan, y cuestionan desde su saber a la par. También queda claro que cuando una medicación es utilizada de forma adecuada, para una patología real y específica, no tienen por qué aparecer efectos secundarios y sí generar cambios favorables en su consumo. De todas maneras, este punto sólo es reivindicado por el saber médico, ya que desde los demás actores involucrados que fueron entrevistados, apareció como una constante el tema de los efectos colaterales. Por otra parte, se vuelven a demarcar las responsabilidades como en un círculo vicioso: la institución médica “agradece” la enorme

derivación desde la institución educativa pero con una sobredemanda y llegando a cuestionar el punto de las reducciones horarias que se hacen desde tal institución por los problemas de conductas de estos niños y niñas y la exigencia de recibir la medicación para que no se complejice más esta temática; el sistema educativo, suele tender a percibir en el saber médico la solución “mágica” de problemas que tienen ellos en sus espacios de aula y que no saben o no pueden resolver, y obviamente depositan todas las culpas y responsabilidades de esto en las familias (cosa que desde el saber médico esto también sucede cuando se trata de salud pública y se generan enormes distancias entre la apropiación de pautas y valores de los médicos en su particularidad de clase que distan enormemente de los apropiados por la población que les llega a las consultas); 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.

Lo planteado en el párrafo precedente encuentra su correlato en las respuestas desde actores entrevistados de la institución educativa.

Yo creo que es buena si realmente los padres hacen el tratamiento, le dan la medicación a la hora. Tenemos casos que le dan la primera caja de medicamentos, no van a buscar la segunda, interrumpen el tratamiento porque no querían hacer la cola para retirar el medicamento, ahí el niño vuelve a decaer, o a veces le dan de más porque el niño se duerme. (Entrevista a Maestra ECSCC)

Hay niños que creo que la necesitan y hay niños de estos que están acá que cuando empezaron a tomar la medicación se notó un cambio importante. Otros tomaron meses la medicación y no pasaba nada... Creo que la medicación en determinados casos es necesaria. (Entrevista a Director colegio privado)

He tenido experiencias acá de niños que realmente la necesitaban, y que cuando recibieron la medicación tuvieron la posibilidad de realmente sentarse y aprender. Entonces, me parece que hay situaciones en que es muy necesaria. Pero también se dan situaciones a la inversa, en la que los padres no les dan, y en muchas oportunidades lo que hacen es que en vez de dársela cuando vienen a la escuela, porque la medicación es para eso, para que puedan atender, que se tranquilicen, que bajen su nivel de ansiedad, y nos dicen que se las dan en la casa porque dicen que no pueden con ellos. Entonces vienen a la escuela sin la medicación y se las dan en la casa para que les haga efecto allí. (Entrevista a Directora ECSCC)

Depende del caso. Pienso que a veces hay abuso de los medicamentos, y a veces son necesarios. Pero eso no está en nosotros determinarlo, depende de un buen diagnóstico, un buen tratamiento, un buen seguimiento. (Entrevista a Directora colegio privado)

De algunos de los niños que toman medicación eso ha mejorado su rendimiento. Pero se ve que el tipo de medicación que manda el médico es para que el niño baje ese estado de ansiedad y pueda concentrarse en la tarea. En algunos casos ha dado resultados, pero el tema de la medicación es muy escabroso porque el tema de la medicación significa que la familia se comprometa a darle la medicación en la dosis en la que el médico indica. Porque en la escuela hemos tenido niños que llegan a la escuela y a los 5 minutos los tenemos dormidos arriba del escritorio, entonces llamamos a la familia. El médico medica pero luego tiene que hacer un seguimiento, entonces le decimos eso a la familia, que le diga a la doctora que el niño se duerme, porque de pronto hubo un cambio en la medicación o se aumentó la dosis que se está administrando. Nosotros somos sólo veedores, que le informamos a la familia y que ellos le digan al médico. (Entrevista a Directora ECSCC)

Y adquiere una dimensión que parece de película con el relato una madre:

Porque la Directora atina a que descanse en casa, y si no lo amenaza con que va a llamar al patrullero porque le dice que él no puede hacer esas cosas. Pero antes de llamarme a mi. ¿Cómo va a llamar al patrullero? Si no es un delincuente. Además es un niño que yo lo atiendo, si yo voy una vez al mes a la Psiquiatra con él, no soy de las madres que se quedan ahí y no hacen nada. Y yo le llevo siempre los informes y todo lo que me da la psiquiatra. Porque yo, por más que trabaje, me ocupo de él. Y también que lo quieren derivar para una Escuela Especial, pero si yo lo llevo y lo trato, no lo dejo de lado para nada. Entonces no es para una Escuela Especial porque él sabe. No es un niño que molesta y no aprende, no, él molesta pero aprende. (Entrevista a madre de niño de 8 años medicado ECSCC)

Como se planteó, una vez más aparecen depositadas todas las culpas y expiaciones de errores y omisiones en las familias, cuando se trata de una problemática sumamente compleja que halla respuestas en una multicausalidad. Excepcionalmente se pone en tela de juicio el saber médico, en todo caso si hay efectos colaterales es por la mala administración de las dosis por parte de las familias, no por un exceso de medicación prescrita por el Psiquiatra Infantil, Neuropediatra, Pediatra, o médico que le haya tocado en suerte al niño o niña en su singular para quedar embarcado en esta empresa: “No se trata de anular el conflicto o pretender resolverlo, se trata de dejarlo o hacerlo hablar: esto sólo hace que, si otro escucha, se restituya la dimensión del sujeto implicada en su existencia. Esto tiene dos componentes: el de la palabra y los significados y el de la relación con otro dispuesto a escuchar y comprender.” (Galende, 2008: 9)

El proceso de psiquiatrización de la niñez uruguaya en esta última década ha venido siendo arrasador, en un ejercicio sistemático y casi generalizado del saber/poder, acompañado por la institución educativa como punto de base a las demandas. Las familias, como se ha dicho, quedan res-

ponsabilizadas en este contexto, fundamentalmente por el saber educativo. ¿Y los niños y niñas? Como siempre, en la mirilla de un proceso que los tiene a ellos como actores principales de una película en la que difícilmente quieran actuar.

¿Las diferencias se vuelven a demarcar por “espacios sociales”?

Retomando los aspectos que se vienen objetivando hasta el momento, se analizan los procesos de medicalización en niños/as según “estratos sociales”, para poder visualizar cómo en “contexto socio-cultural crítico” (nomenclatura de ANEP, como ya se ha mencionado) esta niñez está más propensa a ser objeto que sujeto, más disciplinada que emancipada, discapacitando su condición ya vulnerable y vulnerada, constriñendo el campo de sus posibles (Sartre, 2000). El discurso que media, por lo general, es el de la protección de los derechos de los otros, ¿y los de ellos? La decisión del mundo adulto proveniente de la normalidad hegemónica moderna sobre las formas de ser y estar de esta infancia en el Uruguay de hoy dan cuenta de distancias que desconocen apropiaciones, autoconservaciones, interiorizaciones de estos niños y niñas devenidas desde exteriorizaciones adultas provenientes desde las tres instituciones basales. Este análisis da pie para contrastar con lo que pasa en la niñez de “estrato social alto”, qué repercusiones tienen, sus distintos discursos, y cómo esta niñez por nacer en un espacio y contexto antagónico ve restringido en principio pero ampliado a posteriori en su edad adulta el campo de sus posibles. Con este proceso de objetivación concreto se intenta dar respuesta a una de las hipótesis centrales: nacer en un lugar determinado en la “escala social”, en un contexto determinado, en una época determina, determina líneas demarcatorias entre sujeción y potencialización del campo de los posibles, de constreñimiento de los cuerpos en ambos casos con la medicación, pero hacia concreciones opuestas a futuro: unos requieren ser aquietados para que no estorben y resulten lo menos riesgosos al sistema imperante; otros, requieren ser aquietados para poder reproducirse en la lógica de mercado propia de estas sociedades, con la apropiación de pautas y valores propios

de la hegemonía.

Uno de los puntos que se toman como centrales en este momento del análisis, es lo que se menciona como “sorpresa” acaecida del trabajo de campo, cuando específica y sistemáticamente fue apareciendo el metilfenidato como generalidad para el contexto privado, mientras que para el contexto público, más allá del uso de dicha droga, la más utilizada pareciera ser la risperidona, acompañada las más de las veces por un “elenco secundario” llamado clonazepam o valproato, “dependiendo del caso”. Recuérdese en el primer capítulo la distinción entre una y otra droga que ante las mismas manifestaciones de la niñez reciben, según el contexto, tratamientos diversos: los primeros con psicoestimulantes, los segundos con antipsicóticos (en conjunción con otros). Sí aparece la Sertralina, o en menores situaciones la fluoxetina, como hilo conductor en ambos contextos, lo que implica sólo el hecho de analizar las causas, diagnósticos, pronósticos e historia individual y colectiva de este “país gris” un estudio aparte. En este se nombra en su reconocimiento, pero se saber se abre allí una complejidad que trasciende lo conductual en su especificidad y atraviesa sensibilidades distintivas de singularidades en un genérico que tiene altos índices en sus tasas de suicidio en el mundo adulto, donde el abanico de preguntas que se abre ante ello es tan amplio como inabarcable en los fines presentes.

Otro aspecto que será analizado en este punto, con relación al “lugar de procedencia” de la niñez en su singularidad y cómo se puede hallar consuetudinario (tendencialmente en el ámbito público) o potenciado (tendencialmente en el ámbito privado) el campo de los posibles de esta población, retomando, por un lado, nuevamente la distinción en la medicación que se utiliza, y, por el otro, las distinciones en las apropiaciones y autoconservaciones de niños y niñas de los distintos contextos en relación a las instituciones del saber/poder. Resulta tal complejo este entramado que, en virtud de lo que aquí se expresa, se ha visto un cambio radical en los últimos 5 años (fecha del trabajo de campo de Los hijos de Rita Lina) en la restricción del campo de los posibles de los niños y niñas de las ECSCC que, “orgullosas” por plantear un descenso en la cantidad de alumnos/as medicados consecuentemente aclaran que la mayoría ya han sido derivados

a Escuelas Especiales (EE), por lo que niños y niñas que han nacido sin una deficiencia, se les atribuye desde el saber/poder, no sólo una medicación que los anestesia, sino que los etiqueta en una discapacidad... “social”. Antagónicamente, los niños y niñas de contextos privados adquieren un manejo tal de la medicación, una utilización de la misma para los fines propios a la productividad que se les exige, que las más de las veces son el punto de partida de futuras adicciones. Pero hay una distinción (de clase) importante entre un joven con discapacidad de contexto “socio-cultural” crítico luego de un proceso de 10 años de medicación con psicofármacos, que un joven “de buen nombre” que luego irá utilizando drogas más fuertes para seguir andando, pero sigue andando porque en estas sociedades modernas, mientras las manifestaciones públicas sean hegemónicas lo que se haga en el ámbito privado ya hace a la constitución de cada individualidad, más si se trata de sujetos reproductores de una hegemonía del deber ser (burgués) a diferencia de aquellos que se perdieron del camino ya antes de haber nacido.

Retomando el concepto ya trabajado de Scribano (2007) de *dolor social* se torna constitutivo en el desplazamiento de la identidad posible a través de la mirada del otro, la naturalización de dicha mirada y el ejercicio de poder que se pone en funcionamiento con este engranaje de la gran maquinaria del disciplinamiento, punto que pareciera haber quedado en estas últimas páginas de la investigación en el olvido pero que, de hecho, la ha transversalizado y transversaliza en tu totalidad.

La crisis de incertidumbre que atraviesan nuestras sociedades, acompaña esa distribución de nuevos contextos, donde lo que sobresale es una gran diversidad de cuestiones que van construyendo un sentido diferente a las palabras y construcciones discursivas ligadas a las nociones de educación, familia, trabajo, futuro, sociedad, donde el común denominador en esos nuevos discursos muestra la emergencia del mercado como un nuevo ordenador de la sociedad. (...) las nuevas cimentaciones de lo social, ligadas a la lógica del costo beneficio generan una sociedad signada por las relaciones violentas, donde el otro deja de

ser un constructor de identidad y confianza para transformarse en un objeto que puede ser un impedimento para el desarrollo personal o un competidor (enemigo), en la lógica de la sobrevivencia. (Carballeda, 2008: 22)

En este sentido, *“la desigualdad social disciplina a la sociedad”*, siendo el control ejercido desde la disciplina del yo, y sino, si en la niñez ya no se interiorizó se le “instruye” con medicación como debe interiorizar tal disciplina. El cuerpo tornado en recipiente (idea que se trabajó anteriormente con Scribano) lo es, pero ya no del ser, sino desde su apariencia, donde “la imagen y la estética marca las zonas de la certeza”: “El control, si antes se expresaba en los cuerpos y se dirigía a ellos, hoy se inicia desde allí, desde esa necesidad de articular, adaptar los cuerpos a las expectativas y posibilidades sociales de la inserción y el mantenimiento de ésta a cualquier precio.” (Carballeda, 2008: 23)

Y a través de las manifestaciones corporales infantiles, llegan los saberes con etiquetas de los adultos, siempre encontrando nuevos nombres, nuevas “patologías”, nuevas formas de incidencia de los que producen y reproducen el ejercicio del poder disciplinar desde su saber especializado.

Y estos chiquilines son los más estigmatizados hoy, y ahora se están vieniendo los que tienen bipolaridad. Ahora tienen otra sigla: el TOC, el Trastorno Obsesivo Compulsivo. Porque les encanta poner rótulos. La otra que es una maravilla es la crisis de pánico, ya no hay más angustia, ya no es algo del interior, es algo del exterior y que viene de afuera. Crisis de pánico y yo no tengo nada que ver, mi angustia existencial no tiene nada que ver con eso, y te medico, no hablemos de nada más, no te quiero oír, porque me angustio. Por eso lo que falta en los chiquilines es escucharlos no medicarlos. (Entrevista a Docente de Apoyo ámbito privado)

En este contexto, derechos y deberes se tornan partes de la individuali-

dad⁸², desdibujándose por completo aquello de lo genérico en la reciprocidad constante con lo singular, en el contexto y devenir. Es el aquí y ahora a resolver sobre responsabilizaciones individuales de cuestiones que son colectivas. Lo que sí se ha tornado corporativo, más que colectivo, desde las instituciones del saber/poder es el abuso de prácticas disciplinadoras que atribuyen la singularidad a los que padecen que su dolor es suyo, le pertenece y lo que se hace con la medicación es “mágicamente” quitárselos. Así, en una sociedad donde todo es ya, los psicofármacos en su acción ya duermen, ya dopan, ya marean, ya permiten quedar ausentes de realidades que generan tales padecimientos psíquicos. En estas sociedades del ya, como se vio en el punto anterior, medicar no es la mejor solución, sino la más rápida (retomado de los discursos mismos del saber/poder).

El sujeto queda en soledad, aislado atravesado por el desencanto y el rechazo. De este modo, el individuo pertenece a sí mismo, en contradicción con la obligación de mantener la vida tiene derecho subjetivo a no sufrir, dejando de lado los mandatos superiores del todo social... Es en este contexto y en la singularidad de cada situación de intervención, donde el sujeto que emerge no es el esperado por los viejos mandatos institucionales. Ese otro, que muchas veces recibe la mirada asombrada e interpelante de la institución que lo ratifica en el lugar de un objeto no anhelado. Irrumpe en este contexto ese sujeto inesperado, constituido en el padecimiento de no pertenencia a un todo social, dentro de una sociedad fragmentada que transforma sus derechos subjetivos en una manera de opresión que se expresa en biografías donde sobresalen los derechos vulnerados. Emerge allí, donde la complejidad del sufrimiento marca las dificultades de los abordajes uniformes y preestablecidos, en expresiones transversales de la cuestión social que superan muchas veces los mandatos de las profesiones y las instituciones. Así, el sujeto es solo individuo precario, temporal; donde se obtura su posibilidad de ser en su relación con otros. (Carballeda, 2008: 23)

82 Concepto éste de derechos y deberes individuales retomado del texto de Carballeda (2008) como punto de partida al contenido que se pretende plasmar.

Y así comienza a demarcarse lo público y lo privado, pero en relación a las lógicas del mercado en tanto acceso a bienes y servicios rentados o no, y las diversas repuestas a esta niñez que se manifiesta, según se nazca en “contextos socio-culturales críticos” o en estratos medios o altos. Y justamente la distinción de las respuestas vuelven a aparecer desde las instituciones médicas y educativas, con la salvedad que las familias en uno de los espacios son cuestionadas, juzgadas e invadidas permanentemente y en el otro son entendidas porque si quedan solos sus hijos o hijas, o a cargo de personas que los cuiden (por lo general, aquellas de los espacios tan cuestionados) es para su bien presente y futuro especialmente.

Nosotros hicimos talleres y trabajamos con los niños y fijate que el 80% de los niños estaban medicados. Y la demanda desde la dirección era “llamá a aquel papá porque no les están dando los remedios”. Coincidió que en ese momento varias de estas escuelas participaban de la Red de Salud de la zona, yo fui sólo una vez, con la Psiquiatra de xxx (policlínica pública de la zona), y después empezabas a ver las carpetas de los chiquilines y te dabas cuenta que estaban medicados todos con la misma medicación. Eso me llamó poderosamente la atención. – ¿Cuál era la más común? – El gobal, la risperidona en gotas. “No le están dando las gotas”, “no les están dando las gotas”, era siempre así. Yo tenía un cuaderno donde llevaba un punteo de lo que planteaban Directora y Maestras y era: “desajuste de conducta”, “agresivo”, “conflictivo”, “no recibe medicación”, “fue enviado al Psiquiatra”, “llevar al Psiquiatra Infantil”, “le están dando mal la medicación porque se me duerme en la clase”, o habían Maestras que me decían que se daban cuenta de cuando no le daban la medicación porque llegaban muy excitados. Era siempre la misma medicación. Pero no vi nunca un papeletito o algo de algún Psiquiatra que dijera qué medicación tomaba y por qué. Y esa invasión permanente del docente al niño “¿te dio las gotitas tu mamá?”. Eso era constante. Sólo vi dos casos en que sí tenían notas desde los Psiquiatras que los atendían y justamente no eran atendidos

en el xxx (policlínica pública de la zona), sino en el xxx (salud privada).
(Entrevista a Técnica MECAEP)

Lo público y lo privado, entremezclado ahora sí en cuanto ámbitos de encuentros, de visualizaciones o escondites, la medicación con psicofármacos vulnera a unos niños y niñas que la consumen y a otros/as los protege. Por lo general queda restringido al ámbito familiar más privado y a las autoridades pertinentes del ámbito educativo cuando un niño o niña que concurre a colegio y salud privada es medicado/o; antagónicamente, resulta de dominio público, y con ello de etiquetamiento y productor de identidades vulneradas, cuando un niño o niña de “contexto socio-cultural crítico” es medicado, porque ahí está su escarmiento, su corrimiento de las normas, su condicionamiento de clase y el miedo (casi pandémico) de su producción y reproducción fuera de las lógicas hegemónicas. Cuando un niño o niña del “ámbito privado” es medicado, la preocupación radica en los neurotransmisores, en razones biológicas, se busca en la genética; antagónicamente, cuando un niño o niña del “ámbito público” es medicado, ya no hay neurotransmisor que valga y la “culpa” es de la familia, el contexto y hasta de él o ella mismo/a por haber caído en la desgracia de nacer ahí.

Las clases sociales no existen (aún cuando la labor política orientada por la teoría de Marx haya podido contribuir, en algunos casos, a hacerlas existir por lo menos a través de las instancias de movilización y de los mandatarios). Lo que existe es un espacio social, un espacio de diferencias, en el que la clase existe en cierto modo en estado virtual, en punteado, no como algo dado sino como algo que se trata de construir. (Bourdieu apud Bentura, 2006: 26)

Y con ello se da cuenta de la complejidad que ha significado a lo largo de toda la investigación la contradicción de denominar clase, contexto, etc. para demarcar el acceso a lo público y lo privado según los ingresos familiares y formas de producir y reproducirse en la vida cotidiana. Por ello, plantear un espacio social, de diferencias, permite en la búsqueda ubicarlas

y encontrarlas, y así poder polemizar por cómo se identifica a unos y otros según desde el lente con el que se lo mire. En esta complejidad marcada desde el lenguaje y lo discursivo queda incluido el posicionamiento ético-político de quien está observando y analizando reflexivamente aspectos de la realidad mediado por el pensar que conforman especificidades de la totalidad. Por ello, a lo largo del presente trabajo se remarcó insistentemente y se lo colocó, también insistentemente, entre comillas el concepto de “contexto socio-cultural crítico”, nomenclatura de la ANEP para la distinción de escuelas del ámbito público conformadas pareciera por “lo peor de lo peor” visto desde esta óptica, o por las más vulnerables y vulnerados, desde la visión de quien escribe. Véase, y será una cita larga porque no tiene desperdicios, la fundamentación desde la razón analítica de por qué se hace la distinción de “contexto socio-cultural crítico”, como si ya lo social no fuera suficiente con determinarlo crítico en un proceso de medianamente arbitrario y subjetivo, sino que la cultura queda en juego en esta nomenclatura. ¿Pueden haber culturas críticas? Parece una especie de acertijo, o sinrazón más bien, pero según la ANEP las hay, y a continuación se plantea el fundamento para su identificación, reconocimiento y etiquetamiento consecuente.

En 1999, la ANEP resolvió la sustitución el programa de escuelas de Requerimiento Prioritario por el de Contexto Sociocultural Crítico (CSCC). En esa oportunidad, la categorización de las escuelas se realizó a partir de tres variables fundamentales: la tasa de repetición de los niños de primer año, la tasa de alumnos de primer año con alta inasistencia y la tasa de niño de sexto año cuyas madres tenían la escuela primaria como máximo nivel de educación formal. Una ventaja importante respecto a la medida anterior era que los tres indicadores referían directamente a la población escolar, es decir, no eran deducidos a partir de datos secundarios. En el año 2001, se realizó una recategorización de ECSCC, para la cual se modificaron nuevamente los criterios de clasificación, excluyéndose los indicadores de desempeño educativo y haciendo foco exclusivamente en la consideración de va-

riables de tipo sociocultural. En esta ocasión, la selección se definió de acuerdo a los siguientes indicadores: el porcentaje de niños en hogares con jefes desocupados o realizando changas, el porcentaje de alumnos cuyas madres no habían culminado educación primaria, el porcentaje de niños que asistían al comedor y el porcentaje de niños en hogares en situación de hacinamiento. ... Así, en primer lugar, una de las dimensiones que se encuentra presente en cualquier de los procedimientos reseñados refiere al entorno educativo del hogar del alumno. Más allá del indicador concepto que se utilice... todas las propuestas han coincidido en la centralidad de ese factor. Asimismo, otra de las dimensiones consideradas en la totalidad de los abordajes hace referencia al nivel socioeconómico del hogar, medido a través de indicadores de confort, de la situación ocupaciones de los adultos o de la satisfacción de necesidades básicas (agua potable, energía, habitaciones, etc.) Muchas de estas variables utilizadas para observar estas dimensiones están atravesadas por una tercera dimensión a veces subyacente: integración social. Así, por ejemplo, el nivel educativo es un indicador de uno de los recursos con que cuenta el hogar para proveerse de bienestar, pero al mismo tiempo refiere a la asistencia al sistema educativo formal, que es uno de los mecanismos de afiliación social por excelencia. Otro tanto podría afirmarse sobre la situación laboral y, en términos generales, sobre el acceso a servicios y satisfacción de necesidades básicas. No obstante, la dimensión de integración social no había aparecido hasta el momento recogida en forma explícita en un indicador específicos. (ANEP, 2007: 13-14)

Resulta bien interesante, más allá de todo lo recién citado que no tiene desperdicio alguno de disposición de sujetos a partir de cargas valorativas desde un *nosotros hegemónico*, cuestionarse si aquellas familias que pueden enviar a sus hijos e hijas a colegios privados, legitimarían una clasificación tal como “contexto socio-cultural altamente favorable” porque los ingresos per cápita en el hogar son tales, viven con padre y madre, ambos universitarios, sos propietarios de una vivienda con amplio fondo y cinco dormi-

torios que oficia de hogar y otra en las costas para ir a vacacionar, tienen dos o tres autos, etc. etc. etc. Resulta demencial. Pero cuando se es “pobre”, no hay cuestionamiento que valga, lo hegemónico domina, porque impera controlar todo aquello que pueda llegar a llagar la armonía de la hegemonía (socio-cultural). Si no hay distinciones conductuales en los niños y niñas que concurren a ECSCC o colegios de renombre, no interesa, porque en los segundos no se ve, y eso es lo que importa, pero igual se medica para una productividad a futuro; en los primeros es tan evidente que hay que aplacar tales exterioridades. Sea como fuera, la medicación abusiva con psicofármacos es equitativa tantos para unos como para otros, ahí ya no hay lo social, lo cultural, lo económico, lo simbólico que valga, se erradica de una.

¿Cómo hago con un chiquilín que no tiene estructura interna porque no tiene una familia que se la dé? ¿Lo tengo que relegar? Estoy tratando de ser justa con la educación, ya que ellos se ven con problemas que no le incumben pero que tienen que solucionar. Tal vez use mecanismos no adecuados. En la otra punta, de Av. Italia al sur (zona residencial), tenemos altísimos porcentajes de chiquilines de colegios que son derivados al Psiquiatra Infantil y son medicados, lo he visto también, pero tienen otras ventajas: su mamá puede pagar 2200 pesos de consulta semanal con el Doctor Tal. Yo creo que hay profesionales muy valiosos, pero se mezclan muchas cosas a veces y la gente requiere eso, y los chiquilines son emergentes de problemas familiares, y son emergentes en esos entornos de abandonos y de competiciones y de sustitución de valores, y bueno, se ven de otra manera. Y las exigencias, porque tienen que ser los top, los más, los ya, todo tiene que se top, ya, y de pronto, cuando vas al norte (zona de “contexto crítico”) ves un espejo de eso mismo. Entonces, como que no es tan diferente, como que los extremos se juntan. Cuál es el punto medio? Se puede abandonar con la niñera o se puede abandonar dejando solo en la calle, o te puedo dejar con la abuela. “Tiene que curármelo porque yo me tengo que ir a trabajar”, “Pero, señora, no le puede sacar la gripe, si tiene 5 días de fiebre yo no le puedo sacar eso, y no puede ir a la escuela”, “¿Cómo que no puede ir

a la escuela?” , “No puede ir a la escuela”. Creo que lo que se ha quedado medio borrado son los cuidados de la familia, que en el fondo de todo esto siempre volvemos al mismo núcleo. Tenemos muchas cosas nuevas y distintas, y somos personas no máquinas, y el esquema y el modelo que servía para hace 30 años no te sirve ahora, y lo que te enseñaron tus padres no te sirve ahora y tu tenés que hacer tu camino nuevo. Y eso necesita tiempo, lugares tal vez de reflexión para los padres. No sé si escuela de padres, pero juntaderas de padres, el Club de Padres, para que se sienten a reflexionar sobre lo que se quiere. Pero eso es de puertas adentro. (Entrevista a Pediatra MSP)

Sobre la base de la pregunta del espacio social del cual provenían los niños y niñas medicados en el ámbito educativo en el que se formulaba la pregunta, las respuesta dan cuenta de esta realidad que se está planteando y se reproduce, no sólo en los hechos, sino en los discursos, en las apropiaciones, en las etiquetas, en las diferencias.

Toda la población de nuestra escuela es de nivel socio económico muy bajo, no hay diferencia entre unos y otros, son todos de muy bajo nivel social. Hay chiquitos que tienen una historia familiar muy compleja, entonces la rabia la tienen contra todo. (Entrevista a Directora EC-SCC)

Yo tengo contexto carenciado, que la mamá tiene varios hijos de distintos padres y el niño vive todo eso. La falta del padre, el cambio de pareja de la madre. (Entrevista a Maestra ECSCC)

Casos de separaciones, divorcios, hogares conflictivos y muy empobrecidos. (Entrevista a Maestra ECSCC)

Por lo general son hijos de padres jóvenes, con grandes problemas sociales, ellos mismos con problemas con psiquiatras, maltrato, agresividad o víctima de violencia doméstica. Son perfiles bien complejos. (Entrevista a Directora ECSCC)

Son niños en que los padres tienen una fuerte preocupación por sus hijos, por su educación, por su bienestar. Son niveles socioeconómicos medio-alto de esta sociedad y realmente son padres formados, que quieren lo mejor para los niños, y en la medida en que ellos pueden, se lo dan. (Entrevista a Directora colegio privado)

Son de un nivel medio, donde los padres se ocupan bastante, de 1º se ocupan bastante, comienzan a dejarlos más solos mas adelante. No he tenido caso de repetición en 1º año, no me ha pasado, como que les damos tiempos a que el chiquilín vaya madurando en el año. Yo tengo 12 niños este año... Acá, por ejemplo, yo no le enseñé a leer a ninguno, ya ingresaron todos de jardín sabiendo leer, entonces es otra realidad. (Entrevista a Maestra colegio privado)

Este lugar es de clase media, no es un colegio de elite, las familias son en general de un nivel medio alto en lo cultural, no hay niños que vengan de ambientes carenciados, tampoco hay niños que vengan de hogares de un poder adquisitivo muy alto. No hay una correlación en esos casos que te digo, no están sectorizados. (Entrevista a Directora colegio privado)

Es un nivel socio cultural medio alto, la mayoría de los padres son profesionales, tienen una situación económica como para poder pagar la cuota del colegio. Ocupan cargos gerenciales en muchas empresas, son de un muy buen nivel. (Entrevista a Director colegio privado)

Antagonismos...

Ahora funciona como colegio de tiempo completo. La parte curricular en la mañana de 1ero a 6to año, en la tarde funcionan talleres complementarios par el desarrollo de inteligencias múltiples, informática, inglés, ed. Física, en todas las disciplinas ... Trabajamos mucho con la

autoevaluación con los niños a través de planillas, donde ello se evalúan en su relación con sus compañeros, con el trabajo, etc. (Entrevista a Directora colegio privado)

El rol principal es educar, enseñar, pero estamos desbordados porque las necesidades son múltiples, estamos en un medio muy complejo, tenemos casi 1000 alumnos y los problemas son profundos, variados, entonces el rol también se extiende y las necesidades sociales son muchísimas, van más allá del rol del enseñar, de educar. Nos vemos demandados socialmente. (Entrevista a Directora ECSCC)

Nosotros apostamos a una educación holística, que tome en cuenta todos los aspectos del ser humano: crecimiento a nivel intelectual, nivel afectivo, nivel corporal. Acá los niños tienen nombre y apellido, las relaciones son muy personales, todos nos conocemos, están muchas horas en el colegio, lo que nos permite convivir mucho con ellos. No es solamente la parte intelectual, tienen gimnasia, educación por el arte, aikido, pileta, cerámica, huerta, yoga, muchas cosas. Al estar trabajando en muchas áreas, tienen la posibilidad de sentirse bien y gratificarse y en algunas otras no tanto. Este es un colegio donde se privilegia la cooperación, donde no hay calificación a nivel de la escuela, donde no hay un ámbito competitivo, donde se tratan de respetar los tiempos, todo lo que colabora en un clima de afecto que permita el proceso de aprendizaje. (Entrevista a Directora colegio privado)

...los hogares de donde provienen los chiquilines son hogares con múltiples carencias: económicas, afectivas, sociales. Nosotros apuntamos acá a la contención primeramente y después a enseñarles y que aprendan lo elemental para defenderse en la vida: que puedan leer, que puedan escribir, que puedan resolver situaciones que en la vida les ayude a vivir. (Entrevista a Directora ECSCC)

A mi la sensación que me quedó es que las Maestras no sé si se queda-

ron sin estrategias de trabajo con chiquilines. Yo sé que las realidades de esas escuelas son muy particulares, porque trabajan con poblaciones de niños que provienen de familias muy conflictivas, muchos hogares monoparentales, mucha jefatura femenina, mucho papa preso, mucho papa soldado de misión en El Congo, muchos hermanos y mucho asentamiento en la vuelta. Pero a mí me quedó la sensación que casi todas las Maestras preferían tener casi momias en las clases. (Entrevista a Técnica MECAEP)

Extremos...

Y después él me fue contando anécdotas de la infancia. Cosas como que un día en el colegio ya no aguantaba más y le dijo a la Maestra que se iba a tirar por la ventana. “Y al final fue la única manera que me dejó tranquilo”. (Entrevista a Docente de Apoyo ámbito privado)

Mi hijo se cortó jugando con un compañero en la escuela, pero la Psiquiatra dice que él tuvo un IAE, y con eso él ya venía a ser parte de Psiquiatría, que ellos mandaban en el área de ellos y sobre la vida de los que allí pasaban. Y me quería hacer firmar un papel que si a él le pasaba algo yo era la responsable... Ahí la psiquiatra me salió con el disparate que él (señala al marido) no tenía ningún derecho a meterse, porque la madre era yo nomás y él sólo lo había reconocido. (Entrevista a familia de niño de 7 años derivado a medicar ECSCC)

¿Dónde quedó el país de las igualdades, el país reconocido por su casi 100% de alfabetismo, “la Suiza de América”? Si alguna vez existió, definitivamente, ya es parte del anecdotario (más allá que “matemáticamente siempre tenemos chance”). Las diferencias, enfáticamente, se vuelven a demarcar por *espacios sociales*, importa dónde se nace para construir(le) el dónde y cómo se hace.

Hay mucha discriminación, pero no de los niños, de los grandes. Las

Maestras tienen sus preferidos y los de acá del barrio, como somos pobres y ellas nos dicen mugrientos se las agarran con los chiquilines de acá. Y si empezas a preguntar, la mayoría de los gurises que viven en el barrio de acá y van a esa escuela están tomando esas pastillas que les mandan para que se queden tranquilos. Pero hay muchas mamás que no se los damos. Algunas mienten que se la dan y las Maestras se lo creen y no les hacen más problemas. Pero yo dije de una que ni loca le seguía dando esa porquería a mi hijo, al grande, porque el chiquito tiene otros problemas que le hace bien lo que toma, pero al grande no, entonces, ahí le dije a la Maestra que no le daba más la medicación y la Maestra me dijo que si no hacía caso con ese tema entonces mi hijo grande no podía estar tanto tiempo en la escuela porque molestaba mucho. Y ahí le bajaron la cantidad de horas que va y la cantidad de días. Y con el grande se la llevó puesta el chico también! (Entrevista a madre de niños de 7 y 11 años uno medicado y el otro ya no...)

Cuando pagas accedes a otras cosas... Yo tengo la dirección clínica de dos farmacias y te digo que es algo que llama la atención, el movimiento impresionante que tiene la ritalina. Una de las farmacias está en xxx (barrio residencial), así que imagínate la gente que accede, de nivel adquisitivo muy alto. Se ve que estos no quieren aguantar a sus niños. Y aparecen con receta naranja, que no sé de donde la sacan. Es tremendo como allí están sobremedicados los niños. (Entrevista a Química Farmacéutica MSP)

Entonces le pregunté porqué le habían dado ritalina para una dislexia, ¿y qué descubrió? Que había algún hermano que tomaba ritalina, el padre tomaba ritalina cuando les parecía, a ella también le daban. Y el padre de mi primer alumno también le tomaba la medicación al chiquilín. Y te digo, son de clase muy alta, “patricios” te diría. Y todos, niños y adultos, tomaban ritalina, así como quien toma una aspirina porque tiene un dolor de cabeza, como para concentrarse... Lo que veo es que aquellos chiquilines que tenían problemas, o que son diferentes

a sus hermanos o de las pautas que se creen que tienen que tener iban todos a ritalina, a medicación. Y sí, tienen síndrome de déficit atencional, “atencional” de atención: no hay familia detrás. (Entrevista a Docente de Apoyo ámbito privado)

Aquí aparece otro de los temas que se emergiendo implícitamente a lo largo de la investigación y de alguna manera se materializó en el punto del juicio ganado al Estado por parte del Observatorio del Sistema Judicial: el fácil acceso a la medicación, más allá de tanta aclaración de tipo, forma y tamaño de receta y recetario. Se procedió, así, a preguntar directamente tanto a la institución médica como a la educativa si se tenía fácil acceso a estos psicofármacos.

Desde el saber médico, las respuestas más relevantes se orientaron a los controles de las recetas, y la ética que está por detrás en la medicación abusiva. De todas maneras, una vez obtenida la receta, el acceso al psicofármaco resulta acto seguido.

Si tenés la receta sí, pero eso depende del criterio del técnico. Si hay gente que es muy generosa en conceder psicofármacos a quien no los necesita... pero eso es un tema de ética técnica. ... Sin receta no se pueden vender, y eso le corresponde a salud pública controlar eso. Si hay una venta de medicamentos o de productos que excede... nosotros hicimos desde SUPIA (Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia) un reclamo justamente por eso. Porque hay mucho comentario acerca del uso indebido de estas cosas. Es muy fácil controlarlo. Si un laboratorio importa sustancia base para elaborar tanto, ese tanto tiene que salir al mercado y se tiene que traducir en la venta de tantas recetas. Si no ocurre una concordancia entre una cifra y la otra, entonces algo raro está pasando. Si yo importe X materia prima para elaborar Y productos, y lo que resulta que lo que estoy haciendo es Y2 que no tiene nada que ver con la cifra prevista, a algún lado se fue esa sustancia que no es un lugar adecuado. Porque viste que hay sustancias básicas que sirven para muchas cosas. Concretamente, ¿a

qué me estoy refiriendo concretamente? Me estoy refiriendo a que hay sustancias básicas para la elaboración de psicofármacos que también sirve para la elaboración de droga. Droga en el sentido de estimulante que se usa con otros fines que no son curativos. Entonces, es de la órbita y responsabilidad del MSP. Por eso te digo, como SUPIA, como Sociedad, reclamamos. Porque hubo toda una serie de comentarios acerca del uso indebido, etc. etc. Bueno, vayamos a ver las fuentes del uso indebido: cuánto receta un Psiquiatra de niños, cuánto receta un Psiquiatra de adultos, cuánto receta un Neuropediatra y cuánto recetan los Médicos Generales por la vía de Salud Pública, por ejemplo. Y, además, pedimos que haya un control con respecto a la importación de sustancia base y después el producto elaborado. Se resuelve fácilmente, no hay ningún misterio. (Entrevista a Psiquiatra Infantil salud privada)

Sin receta no se accede a un psicofármaco para los niños. Para tener una receta de un psicofármaco tenés que pasar por un Psiquiatra Infantil. Lo que puede ser fácil es la medicación, pero el control que hay sobre la medicación no es malo, es bastante adecuado. Incluso, en la ritalina está diferenciada de la otra medicación psiquiátrica. Nosotros tenemos recetarios verdes y recetarios naranjas. Porque hay algún tipo de medicación psiquiátrica que tiene que ver mayormente con adicciones a ese tipo de drogas, y por lo tanto se controla marcando. La ritalina está en el listado de las recetas naranjas. (Entrevista a Directora Hospital MSP)

Los que están indicados y con receta se les da. Acá no se puede dar ningún medicamento sin receta, y la RAP tiene bien determinado qué médicos recetan determinadas cosas. Cada especialidad tiene determinados medicamentos que son de su área de responsabilidad. No es que cualquier médico te hace una receta de lo que sea. El sistema tiene, incluso, un seguimiento informático, para no admitir la expedición de un medicamento que no esté indicado por el médico que corresponde.

(Entrevista a Directora Centro de Salud MSP)

Estos medicamentos tienen todo un Protocolo, se necesita la receta verde del psicofármaco o la naranja, únicamente previa receta médica y ahí se retira en farmacia con esas recetas. (Entrevista a Químico Farmacéutico salud privada)

No, sin receta no. Lo que sí es bastante fácil es el acceso a la receta. Te puedo decir que de farmacia sale todo con receta, pero también te puedo decir que para el paciente es fácil llegar a una receta, puede estar retirando más de lo necesario o cosas diferentes a las necesarias porque fueron recetadas por médicos. Puede pasar más con el clonazepam y risperidona que con la ritalina. (Entrevista a Química Farmacéutica MSP)

La visión de la institución educativa, bastante más intuitiva que con fundamentos como en este caso tienen objetivamente los actores del área de la salud, plantean de todas maneras el fácil acceso, salvo en tiempos de recesión en el ámbito público, una vez que se tiene la receta para su obtención en las farmacias, ya sea del MSP, salud privada o las propias del mercado. O bueno, el fundamento de siempre: la (ir)responsabilidad de las familias.

A veces las familias se quejan que no consiguen la medicación en el hospital y su situación económica no les permite comprarla. O sea que no siempre disponen, lo que hace que los tratamientos tengan alternancia. Eso también incide, la Maestra enseguida se da cuenta. (Entrevista a Directora ECSCC)

En otros años me han dicho que en el hospital nunca hay el medicamento. Cuando vemos que los niños están muy nerviosos, que llamamos y preguntamos, y nos dicen que no tienen la medicación. Pero son excusas que ponen las madres, porque hay que levantarse temprano, porque hay que ir, hay que hacer el carné. (Entrevista a Maestra

ECSCC)

El acceso es por la receta médica, si van y hacen las colas y todo eso sí, se los dan. (Entrevista a Directora ECSCC)

En la medida que haya medicación en el mercado, cuestión que a veces se complejiza con el metilfenidato porque es importado desde Argentina y por ende un tanto más fraccionado, con el acceso a la receta previa consulta médica, que pareciera ser sumamente accesible, la medicación se obtiene sin problemas. Aquí parece no haber distinción por espacio social, el acceso es masivo... ¿abusivo? Sería bien interesante tomar en cuenta los planteamientos de la primera cita sobre la ética médica y formas de control de quien medica, qué se importa, dónde se utiliza, etc. De hecho, es lo logrado vía judicial por el Observatorio del Sistema Judicial; y si la SUPIA va por el mismo sendero, ¿por qué no aunar esfuerzos?

Donde sí se vuelve a demarcar las diferencias de manera importante es en cuanto a una vez que se tiene acceso a la medicación, los seguimientos integrales en la tríada salud-familia-educación quedan muy claros en su respuesta favorable en el ámbito privado y contrariamente muy claros, también, pero en su respuesta desfavorable en el ámbito público, salvo desde el discurso médico que entiende desde ambos ámbitos que sí se da una relación con los distintos actores implicados. De esta manera, hurgó en esta relación escuchando las voces de estos tres actores.

Desde el ámbito privado, tanto salud, educación y familia plantean:

El técnico tiene que hacerlo a través de un seguimiento, que nosotros denominamos “control evolutivo”. Y se hace otro también que es la “repetición de medicamentos”. Pero la repetición de medicamentos no es que venga alguien y diga “mi hijo está tomando tal cosa, démelo de nuevo”, eso lo puedes hacer una vez, pero tenés que verlo, no puedes seguir medicando por control remoto, eso es una cosa antiética. Y el contacto con los colegios es fundamental. (Entrevista a Psiquiatra Infantil salud privada)

Los pacientes que yo atiendo y que están medicados con psicofármacos te digo que sí, pero hay algunos que deberían estar tratando a sus hijos y no están, porque los padres no encaran que sus hijos necesitan tratamientos con medicación psiquiátrica y ahí hay que apoyar más. A su vez, solicito los informes de las Maestras con respecto al rendimiento y actitud del niño. (Entrevista a Psiquiatra Infantil salud privada)

Sí. Se mantienen entrevistas telefónicas con los Psiquiatras. (Entrevista a Directora colegio privado)

Sí, porque incluso siempre se les pide a las familias que traigan al colegio qué posibles acciones podemos hacer los docentes para ayudar al niño y ayudar al tratamiento que el médico da. Y siempre nos mandan respuestas y se trata de colaborar. (Entrevista a Maestra colegio privado)

Sí, hay una comunicación al menos telefónica entre el Psiquiatra y la Directora del colegio, que va manteniendo también informada a la Maestra y a mí cuando. (Entrevista a madre niño 8 años medicado colegio privado)

Sí, tengo entendido que sí porque me cuenta la Maestra y me cuenta la Psiquiatra cuando lo llevo. (Entrevista a madre de niño de 10 años medicado colegio privado)

Desde el ámbito público, tanto salud, educación y familia plantean:

Sí, tenés que tener controles, trato de no hacer repeticiones porque en los niños los tratamientos son muy dinámicos. Siempre tenes que hablar con el niño, ver como va evolucionando el trastorno, evaluando las otras áreas como la escuela y la familia, no sólo recetar el fármaco y nada más. Tenes que trabajar todo. En general pido informes previos

a la medicación de las Maestras, las familias cuentan, el propio niño, veo los carnés, los cuadernos escolares. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Nosotros nos encargamos de establecer una comunicación con las Maestras, y pedimos informes, no solo si está más tranquilo, sino que nos diga cómo va en el rendimiento académico, cuáles son las notas, y cómo va el relacionamiento con sus pares y adultos. (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

No. Lo que sí hacemos es llevar el control de cuando van al médico y pedirle el informe a la madre y ver si lo llevó o no y si el niño sigue tomando la medicación. (Entrevista a Maestra ECSCC)

El seguimiento es por parte de la familia, nosotros les preguntamos a las familias, no nos corresponde a nosotros hacer el seguimiento. (Entrevista a Directora ECSCC)

No, creo que no. (varias madres de niños medicados que concurren a ECSCC dieron la misma respuesta)

No, no existe eso. Porque la Psiquiatra me dijo que si las Maestras quieren tener o decir algo que la llamen, pero nunca lo hicieron ellas. (Entrevista a madre niños de 8, 9 y 10 años medicados ECSCC)

Con la descoordinación pareciera acentuar su complejidad aún más una medicación abusiva en “contextos críticos”, donde el niño/a es un paciente más, un alumno/a más, un número más a la estadística. En el ámbito privado pareciera que aparecen nombres, distinciones, escuchas, e intercambios entre las distintas instituciones involucradas, al menos desde lo discursivo, en pro de esta niñez.

En este entramado se va configurando un concepto ya trabajado en varios puntos de esta investigación, que implica el proyecto como categoría

ontológica y en su concreción material a través de lo que Sartre (2000) denomina el *campo de los posibles*. Como se ha visto, desde las instituciones disciplinares se puede ampliar o realmente restringir este campo de los posibles. En lo que sigue, se analiza en relación, por un lado, al proceso de subjetivación de cuanto “rinde” este niño o niña medicado/a en tanto si se siguiera la lógica analítica dominante, la medicación contribuiría a la ampliación del campo de los posibles ya que permitiría aquietar cuerpos que por el movimiento no logran “aprender adecuadamente” en las escuelas o colegios; por otro lado, en relación a futuro, en tanto productividad, incorporación de hábitos para un mundo moderno que requiere de varias hegemonías y saberes de los más diversos.

Sobre la percepción de rendimiento de estos niños y niñas cuando están medicados, por lo general no relacionan una cuestión con la otra, en tanto en la mayoría de las situaciones plantean que les va “bastante bien”, el problema es que “para las maestras no se portan bien”.

No, es lo mismo, pero estoy más tranquilo. (Entrevista a niño de 11 años medicado ECSCC)

Aprendía igual sin medicación. Igual me va mejor que antes. – ¿Sentís que es por la medicación? – No, porque me ayudan en la otra escuela y con la Maestra. (Entrevista a niño de 8 años medicado ECSCC)

Cuando no la tomo me va peor en la escuela pero porque termino los trabajos y me paro y molesto; pero cuando la tomo termino los trabajo y no me paro ni molesto nada. Espero a que terminen los otros. (Entrevista a niño de 10 años medicado colegio privado)

Yo participo en todo, vos me pones una tabla y yo la hago, me dicen una cosa y yo la hago, igual como me dicen que haga una cosa la hago, porque el Maestro es muy cuidado en esas cosas. Pero el remedio no me hizo nada para eso. (Entrevista a niña de 9 años medicada ECSCC)

Bien porque aprendo y mal, porque hago rezongar a la Maestra. La directora me ató con ella en el recreo para que no me vaya. – ¿Te pasó muchas veces eso? – Sólo esa vez. – ¿Cómo se sentiste? – Se me quedó el enojo acá (señala la garganta). (Entrevista a niño de 7 años derivado a medicar ECSCC)

Parece que el punto de quiebre y diferenciación entre *espacios sociales* antagónicos radica en lo que sería el entendido de la productividad, el aprovechamiento de la instancia educativa para ampliar el campo de los posibles de estos niños y niñas, cuestión que es válida y se encuadra dentro de las probabilidades. El punto en cuestión es que mientras en el ámbito privado se potencia de la manera que sea la amplitud del campo de los posibles de ese niño o niña como forma de rendir, aprender y “poder ser alguien en un futuro”, en el ámbito público se lo tiende a constreñir, a marcar a ese diferente por sus conductas y que está limitando la ampliación del campo de los posibles de los compañeros/as del aula que sí quieren aprender, y entonces todo queda trasmutado a lo fenoménico.

Los cuerpos son una de las claves de bóveda del edificio capitalista. Sin población, sin trabajadores, sin seres humanos que sólo tengan para ofrecer en el mercado su única posesión natural, cual es el cuerpo y la energía productiva que de él emana, no hay capital. Sin trabajo acumulado no hay posibilidades producción y reproducción del capitalismo moderno, de la organización social de libre mercado. La estrategia general del capital ha sido mantener a un número importante de la humanidad en condiciones límites de su reproducción material como garantía de su poder para “comprar” la fuerza de trabajo al precio histórico conveniente de acuerdo a sus fases de expansión, contracción y crisis. (Scribano, 2007: 98)

En este sentido, el cuerpo queda sujetado a la máxima expresión de una razón instrumental propia de la modernidad. Cuerpos medicados constreñidos a una razón que en su forma implica el disciplinamiento mediante

la medicación con psicofármacos. Además, como plantea Scribano (2007), “somos, en parte, lo que los otros ven”, por lo que sería la presentación social del sujeto singular, su identidad. La carencia de un cuerpo social legitimado evidencia la deficiencia de quien resulta así marcado en su diferencia. Los cuerpos de estas sociedades modernas son disciplinados, amoldados cumpliendo las funcionalidades inherentes a sus condiciones de individuos. Por ello, “sin cuerpo no hay individuo; sin un cuerpo socialmente apto no hay agente; sin cuerpo no existe la posibilidad de que el individuo se conozca en tanto sujeto”. (Scribano, 2007: 99)

De esta manera, condensando el segundo aspecto planteado dentro del *campo de los posibles* de Sartre (2000) y el *cuerpo social* de Scribano (2007) se orienta el tema a la productividad de estos cuerpos infantiles con proyección a futuro. Y ahí es donde vuelven a aparecer antagonismos entre el ámbito privado y el ámbito público, y lo que hace que esta situación que ya es problemática de por sí, para los niños y niñas nacidos/as en “contextos socio-culturales críticos” se les constriña hasta lo impensable la mayoría de las veces este campo de los posibles. La pregunta concreta fue en relación a si el sistema educativo estaba hoy sobreexigiendo a su alumnado. Algunas de las repuestas obtenidas se plantean primero desde el ámbito privado, luego desde el ámbito público para dar cuenta evidente de esto que se está planteando.

En el ámbito privado:

En cierto sentido, el sistema educativo creo que sí exige demasiado al niño en cuanto al nivel del planteo del problema, porque muchas veces se confunde el nivel de información que tiene el niño con el nivel de formación, que son cosas distintas. Una cosa es informar y otra cosa es formar. La escuela tendría fundamentalmente que formar y muchas veces se preocupa en informar. ... El nivel competitivo recarga al niño, pero no solamente lo recarga en el cúmulo de cosas que pretende incorporarle, sino que lo recarga de un modo mucho más profundo que es en el modelo de vida que le está transmitiendo. Un padre me dijo, “ah, pero ustedes quieren que mi hijo sea solidario y no

competitivo”. Y, justamente, claro. Porque una sociedad competitiva muchas veces lleva, y digo muchas veces con total ironía, porque estoy convencido que siempre, lleva al tipo de sociedad que tenemos hoy, donde evidentemente hay muchas veces una absoluta falta de respeto hacia el individuo como ser humano. Entonces, eso es un producto de la actitud de enseñanza. (Entrevista a Psiquiatra Infantil salud privada)

Creo que la sociedad en términos generales está sobreexigiendo, no sólo el sistema educativo. En el Uruguay tenemos por suerte una gran diversidad de propuestas educativas: hay colegios muy estrictos, que sobreexigen, otros que no. Pero sí el niño de hoy tiene muchas veces una cantidad de actividades más allá de las del colegio, que lo sobreexigen mucho, y son muchas veces por necesidad de las propias familias, de tenerlos ocupados más tiempo, por horarios laborales. (Entrevista a Directora colegio privado)

Él tenía una autoexigencia brutal y su familia son de una exigencia impresionante. Entonces, la familia les exige, el colegio les exige. En una de las situaciones, vino el padre, que era muy agresivo y desconfiado en lo que yo pudiera hacer, y yo estaba segura que el guri salía enseguida adelante. Pero, son las madres las que se contactan enseguida conmigo, las madres son las que plantean “tiene este problema”, “tiene esta dificultad”, hay como un discurso estigmatizante desde las propias familias. ... Venían esas madres con el “problema” que “el nene no da lo que tiene que dar”, más como una cuestión interna familiar, como si tuvieran que rendir frente a otros que ese niño es inteligente y que tiene que dar más de lo que está dando. (Entrevista a Docente de Apoyo ámbito privado)

En el ámbito público:

Yo sinceramente creo que el sistema educativo no le ofrece al niño lo que el niño necesita. Yo veo, por ejemplo, que con el Plan Ceibal los chiquilines están motivadísimos, salen de la escuela y los ves que siguen con las computadoras y les llama la atención, y les interesa. Me

parece que con los tiempos que han cambiado, que los chiquilines han cambiado, que la tecnología ha cambiado, el sistema educativo se ha quedado. Y que no sé qué es que necesitan los niños en la escuela, pero están aburridos, y ahí empieza la distorsión. Quizá la enseñanza tendría que ir acompañando más a la evolución del mundo, que va muy rápido. Por otro lado, me da la sensación que actualmente las clases son multitudinarias, es imposible enseñar cuando hay 45 niños por Maestra. Pienso que va por ahí la cosa, que tendría que haber una reformulación de cómo educar a los chiquilines de este siglo. (Entrevista a Pediatra MSP)

No, al contrario, veo que hay un nivel muy bajo educativo del país, tanto Primaria como Secundaria. Hay un esfuerzo docente importante pero no se llega porque la complejidad social es mucha, necesitan coordinaciones a otro nivel para que los niños puedan aprender. Entonces, si logramos que los niños medianamente estén contenidos en las instituciones, los logros educativos son muy bajos, pero van siendo promovidos porque socialmente se van a integrar. (Entrevista a Directora ECSCC)

Síntesis...

Yo no sé si se puede evaluar igual el sistema educativo privado que público. Sí hay una sobreexigencia en colegios privados, donde los chiquilines van doble horario complicados, que como que se les quiere sacar niños genios o fantásticos, eso hay en una parte de nuestra sociedad y los papás buscan eso como objetivo para que sus hijos sean exitosos. Creo que eso es más a nivel privado. En lo público no capto como sobreexigencia, creo que todo está apuntando a que la educación vaya sustituyendo cosas que no se están dando en la familia. Ya lo ha hecho con la alimentación a veces, en donde los niños van a comer a la escuela porque en su casa no lo hacían bien, en cuanto a la educación de pautas sociales iría por lo mismo, o de cosas tan sencillas como

estimulación oportuna en los más chiquitos, que está muy bueno, y que va por cosas tan sencillas como pautas para estimular a un bebe. Me parece que es difícil resumir sobreexigencia a todo nivel, me parece que son cosas distintas y depende de cada medio. Porque hay niños que no tienen juguetes en la casa y sí los tiene en el jardín para recrear su imaginación y poder jugar con otros niños está fantástico, ahora los otros que tienen esas posibilidades en su casa y que podrían pasar más tiempo y tener mas contacto con sus papas y sus familias, van a lugares que a veces los están sobreestimulando y a veces haciéndoles perder cierta libertad de jugar libremente o estar más ratos libres en su casa o para que estén con su familia. (Entrevista a Pediatra MSP)

En esta lógica de la productividad, donde desde el ámbito privado se los estimula pero hasta se los sobreexige, por lo que la medicación va directamente a calmar ansiedades de exigencias de excelencias del afuera que no todos los niños y niñas pueden cumplir. Sobreexigidos de tareas extracurriculares, también, para una productividad a futuro. Antagónicamente, en el ámbito público (al menos en el estudiado para la presente investigación), dista mucho de exigir, aparece una sobrecarga sentida desde el plantel docente y falta de estrategias diversas para cumplir requisitos curriculares de enseñanza mínima, en condiciones complejísimas para tal emprendimiento, y donde en primera instancia se deben cubrir carencias sociales antes de poder pensar en procesos de enseñanza-aprendizaje. Y así sucede que con el discurso de que los que atienden, que se portan bien, que por sus derechos, ese mínimo margen de niños y niñas de ECSCC potencialmente productivos parecería que debe ser cuidado como oro en polvo, justamente de aquellos otros que ya hechos polvo no hacen más que manifestarse agresivamente, con violencia, sin respeto, en constante movimiento. Y ante la necesidad (se quisiera creer que inconsciente) de “salvar a unos” que cumplen más o menos los estándares hegemónicos, se empieza en la lógica de derivar al saber médico a aquellos que no los cumplen, comenzando a armarse una nueva madeja porque de ahí deviene en la gran mayoría de las situaciones la medicación con psicofármacos, la reducción horaria en el

ámbito escolar y casi sentenciada derivación a la Escuela Especial, generándose así un entramado tan siniestro como ese título de Gabriel García Márquez: “Crónica de una muerte anunciada”.

Viene sólo dos horas por día porque le cortaron el horario por mala conducta. (Entrevista a madre de niño medicado de 9 años ECSCC)
A ellos le bajaron el horario en la escuela, van la mitad del horario. Los llevo a las 8 y a media mañana tengo que ir a buscarlos, porque supuestamente las Maestras ya no los aguantan. (Entrevista a madre de niños de 8 y 10 años medicados ECSCC)

Hacía menos horario entonces iba media mañana. Y ahora ya no va más porque no lo aguantaron más, lo sacaron un mes antes de que terminaran las clases. Lo sacó la directora, pero me dijo que se fuera tranquilo que igual pasaba de año. (Entrevista a madre de niño de 8 años medicado ECSCC)

- Yo creo que la Maestra les tienen rabia a ellos, como toman las pastillas. Pero en esa escuela casi todos los niños están medicados, y hay niños que no concurren porque les cortan los horarios tanto que al final no van más. Y a ellos el cambio de escuela van a hacerle el año que viene, a la Escuela Especial, por la conducta dicen. – ¿A usted qué le parece? – Yo les digo que no, porque a mi no me da el tiempo, yo tengo más chiquilines. No me da p’andar de allá p’acá con los demás niños. Por eso digo, a veces las Maestras tampoco se ponen ellas, porque se lavan las manos ellas, porque como son “niños con problemas”, supuestamente ellas te los cambian de escuela y ni te enteras, no vinieron a hablar conmigo. ¿Y si yo no puedo llevarlos? ¿Y si me mudo? ¿Y si no tengo plata p’al ómnibus? En la escuela no te la dan. (Entrevista a madre de niños de 8, 9 y 10 años medicados ECSCC)

Pero no voy más, porque me corrieron de la escuela. Porque un gurí empezó a pegar y entonces yo le pegué y le fui a decir a la Maestra,

la Maestra no me creyó, se pensó que era yo y ta me corrieron. Antes me peleaba, pero cuando peleaba no me corrían. Pero a mí me gusta mucho trabajar en la escuela, hacer cuentas, hacer resuelvo. Y ahora no puedo porque no me dejan entrar en la escuela. (Entrevista a niño de 8 años medicado ECSCC)

¿Qué ampliación del campo de los posibles puede existir en estos niños y niñas que no sólo son medicados, etiquetados, estigmatizados, diferenciados, sino que además, más allá de sus ganas de ir a la escuela para aprender son literalmente “corridos” porque molestan? ¿Dónde queda el Código del Niño y el Adolescente en su derecho más básico a la educación, así como el de la Convención de los Derechos del Niño de la ONU, o la misma Constitución de la República Oriental del Uruguay? Estos niños y niñas están siendo sumamente vulnerados hasta en sus derechos fundamentales... sumados a los ya estructuralmente vulnerados de vivienda, alimentación, etc.

Estos niños y niñas de este círculo virtuoso terminan en su gran mayoría en una Escuela Especial,⁸³ las que, con las derivaciones sistemáticas de los últimos años de esta población conflictiva que ya no podía ser mantenida en la “escuela común” (o de comunes, de normales) se fueron superpoblando y perdiendo los objetivos que hacen a su razón de ser: los niños y niñas con discapacidad, por tener una deficiencia ya sea intelectual, sensorial o motriz. Por razones capaz que no tan obvias, estos niños y niñas de cuerpos exaltados terminan compartiendo espacios de aula con aquellos/as que tienen deficiencia intelectual y casi causalmente redundan en una discapacidad intelectual. Pero estos niños y niñas medicados, que no cuentan con una deficiencia intelectual sino con cuerpos en continuo movimiento, con tal reubicación institucional pasan a ser considerados ni-

83 “La educación especial por lo tanto, nace y se justifica con dos objetivos, uno explícito, de favorecer a los alumnos con Necesidades Educativas Especiales, y otro, más o menos implícito, pero ubicado en primer plano por sus críticos, de preservar la seguridad de la mayoría de los alumnos y optimizar los rendimientos de la educación, a la que fue necesario agregarle la denominación de común.” (Tommasino, 2005: 11)

ños y niñas con discapacidad, aún así sin tener una deficiencia. Entonces ahí sí, hoy día si se pregunta en las EE con qué cantidad de niños/as medicados con psicofármacos cuentan, las cifras del 30% quedan irrisoriamente empequeñecidas, ascendiendo, fundamentalmente en las de Montevideo, a un 80% de su población medicada con psicofármacos.⁸⁴

Para darle cierre a este punto y se ilustra con una pregunta que se planteó a los actores de las instituciones salud y educación: ¿Quién le parece que “gana” con el aumento de la medicación con psicofármacos en la niñez? Variadas fueron las respuestas, aquí se plantean algunas.

No sé quien gana, seguro que el niño no. (Entrevista a Directora EC-SCC)

El niño por supuesto que no gana, ni la familia, ni la escuela. La verdad que no sé quien gana. (Entrevista a Maestra ECSCC)

Gana el niño. Porque cuando yo le hablo a una familia que lo lleve al médico para que le den atención, me parece que gana el niño en su derecho a ser atendido y aprender. No puedo pensar que gana el laboratorio. (Entrevista a Directora ECSCC)

No sé quien gana, no gana nadie. Capaz que la escuela en no tener ese problema. Pero creo que no gana nadie. (Entrevista a Directora ECSCC)

Es un negocio, la medicina para mí es un negocio, lamentablemente. Todo es medicación, si no encuentran con una te prueban con otra y con otra. Pareciera que pastilla es la solución para todo. (Entrevista a

⁸⁴ Estos datos no salen del trabajo de campo en sí mismo de la presente investigación sino en el rol de quien escribe de Coordinadora del Proyecto de “Fortalecimiento del Area Social en Escuelas Especiales”, implementándose desde el año 2006, en su calidad de Docente del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

madre de niños de 14 años medicado colegio privado)

La respuesta fácil es que ganarán los laboratorios. Pero, tiene que ver con todo un deterioro que estamos viviendo a nivel social, de las familias, es el atajo más fácil. (Entrevista a Directora colegio privado)

No sé si gana el laboratorio porque vende, la madre porque el niño no molesta, no sé... (Entrevista a Químico Farmacéutico MSP)

Gana el laboratorio que fabrica la medicación, todos los demás salen perdiendo. (Entrevista a Maestra ECSCC)

Y los que venden los psicofármacos, porque la sociedad y los niños no ganan nada. Me parece que es una atrocidad, porque no podemos medicar por medicar. Ganará el que vende el producto; no ganan los niños, no ganan los profesionales que tanto se preocupan por el tema; no ganan los Maestros, no gana nadie, porque estamos tapando algo y no estamos solucionando un problema. (Entrevista a Directora colegio privado)

Los laboratorios. Me parece que son los únicos que ganan, que nadie más gana. (Entrevista a Pediatra salud privada)

Laboratorios seguro que van a ganar. No sé si alguien más gana. (Entrevista a Química Farmacéutica MSP)

Los laboratorios ganan, eso seguro. (Entrevista a Directora Hospital MSP)

IV.2) Laboratorios. Lógicas de mercado que atraviesan una “sociedad de iguales”.

La palabra farmacia viene de phármaikos, que era el nombre que daban los griegos a las víctimas humanas de los sacrificios ofrendados a los dioses en los tiempos de crisis (Galeano, 1998: 81)

Se llega así al último punto del último capítulo de este gran recorrido, donde sucintamente se intentarán plantear algunas cuestiones que hace a relación entre laboratorios, con las lógicas del mercado, las capacitaciones y reproducciones de discursos técnicos a cambio de mayores ventas, de multinacionales incidiendo en las sensibilidades de pequeños países como el Uruguay (campo fértil, como se ha visto, para la introducción de medicación a diestra y siniestra sobre las bases de un devenir y hoy día medicalizado y medicalizador). Apenas se abordará este tema, ya que transversaliza la temática en su cuestión más medular, pero también se entiende que llevaría una tesis aparte el análisis de lo que esto implica, y los rodeos ya han sido variados y con fundamentos diversos en relación a la delimitación del objeto como para profundizar es éste, otro rodeo más.

Bentura, retomando a Berlinguer, plantea que la relación entre medicalización cada vez más creciente de la vida social y la mercantilización de la medicina han adquirido en las últimas décadas un valor relevante, tendencia que ha venido erosionando el sistema de salud uruguayo, “ya que prioriza aquellas cosas que producen rentabilidad y relega lo que no la produce”. (Bentura, 2006: 59) A partir de esto, se estarían pautando las prioridades en el ámbito de la salud, mercantilizándose su prevención, lo que podría estar favoreciendo a un sistema de salud ineficiente en relación a sus objetivos humanitarios, tal como mencionaba Illich en varias de sus obras. Para la concreción de esto que plantea, Bentura apunta su análisis en lo que hoy día ha sido la consolidación de un tipo de sistema de salud en el Uruguay basado en el modelo de riesgo. Lo que se manifiesta como una

forma consolidada de hacer medicina desde una vertiente científica-epidemiológica, en sus contenidos aparecen otras complejidades: “Se cuestiona en la actualidad la validez de las asociaciones causales establecidas por las valoraciones del riesgo, así como los aspectos metodológicos relacionados con la inferencia. Se observan dificultades a nivel práctico y teórico ya que la medición de la asociación causal esta en general viciada por sesgos y factores de confusión, en general, no delimitados.” (Bentura, 2006: 63)

Se han venido realizando estudios en el marco de diversas disciplinas sobre la poca “linealidad” entre los factores de riesgo y daños (relación netamente positivista). Tal ambigüedad da cabida a que grupos con intereses comerciales (la industria farmacéutica concretamente) se introduzca en un terreno socialmente libre. Lo que sí está claro es que la linealidad, más no sea una arbitrariedad de la relación causa-efecto de la razón analítica permite que estas multinacionales se enriquezcan a costas de, en este caso bien concreto, niños y niñas que están siendo vulnerados las más de las veces en sus derechos, en sus identidades, en sus sensibilidades, que quedan constreñidos en su mayoría en relación al campo de los posibles, etc. etc. etc. ¿Todo para qué? Para ganar dinero. En esta lógica de mercado, lo que impera es el capital, y aquellos que de éste viven cuestiones como cuidado por el otro, empatía, y hasta muchas veces ética quedan fuera del vocabulario.

Retomando el juicio del Observatorio del Sistema Judicial ganado al MSP, resulta realmente difícil de comprender por qué un Ministerio que conforma un Estado, conformado por sujetos concretos, se niega a brindar una información que debería de estar, sin complejo alguno, a la mano de quien la quiera conocer. El ocultamiento genera duda y la duda desconfianza.

...el MSP se opone en todo momento. Pierde en Primera instancia y apela parcialmente en Primera Instancia negándose a dar parte de la información que está siendo solicitada. O sea, una parte de la información nos la daba y otra parte de la información no, que es la que estaba vinculada fundamentalmente a los puntos económicos y los nombres de los distintos laboratorios que importan la sustancia. El tema es que

hay varios laboratorios de origen de la sustancia (metilfenidato) y varias marcas comerciales que tienen varios laboratorios que venden esas marcas comerciales. Nosotros solicitamos la información de cuáles eran esas marcas comerciales. Obtuvimos alguna información, pero no toda. Por ejemplo, los montos de dinero que gasta Uruguay en la importación de esa sustancia todavía al día de hoy estamos en juicio con el MSP para que nos dé esa información. ... El MSP dice que la tiene (la información), pero que ni siquiera la tiene procesada. Tenerla y no tenerla procesada dice algo en relación a todo este asunto. Pero, en relación a este otro proceso, queda en evidencia que hay una resistencia del MSP que organizaciones de la sociedad civil, civiles que no vienen del ámbito médico, opinen sobre este tema. Inclusive si son miembros de un Tribunal de Apelaciones. El argumento es que son ellos y nadie más que ellos los que tienen la competencia para decidir lo que es mejor, como en una especie de monopolio de lo que es el conocimiento del tema de la salud pública. (Entrevista a Abogado del Observatorio del Sistema Judicial)

En este contexto, quienes siguen “ganando” son los laboratorios, que vendiendo su producto obtienen un rédito económico. Cuanto más se consume, más ganan. Esa es parte de la lógica de mercado en el ámbito privado, se vuelve a admitir, que más allá no se comparta es una realidad, y hasta tendencialmente hegemónica en estas sociedades modernas. Toda empresa persigue su ánimo de lucro, y eso es legítimo en la lógica predicha. Por ello las acciones del juicio planteado se orientan a que el MSP haga primar el interés general por sobre toda otra consideración. Por eso tienen el nombre de “acciones de interés público”. Tal como plantea Foucault (1992b) consumo médico y nivel de salud no guardan de por sí una relación directa, lo cual implica una paradoja que crezca el consumo en una relación no unívoca con algún fenómeno positivo de la salud, de la morbilidad o de la mortalidad.

¿Cuál es el destino de la financiación social de la medicina, el lucro

derivado de la salud? Aparentemente esta financiación va a parar a los médicos, pero en realidad no sucede así. La remuneración que reciben los médicos, por importante que sea en ciertos países, no representa nada en los beneficios económicos derivados de la enfermedad o de la salud. Los que realmente obtienen la mayor rentabilidad de la salud son las grandes empresas farmacéuticas. (Foucault, 1992b: 50)

Atravesado por el concepto de riesgo predicho, por la necesidad de protegerse contra enfermedades (a futuro), la industria farmacéutica crece a pasos agigantados. Y los mediadores de este logro, como dice Foucault, son los profesionales que legitiman tales o cuales medicamentos, a lo que a los fines presentes serían aquellos que con la indicación masiva de psicofármacos están contribuyendo al crecimiento de esta megaindustria, lo que no implica, linealmente, un rédito para éstos: “Estos profesionales se dan cada vez más cuenta de que se están convirtiendo en intermediarios casi automáticos entre la industria farmacéutica y la demanda del cliente, es decir, en simples distribuidores de medicamentos y medicación.” (Foucault, 1992b: 52)

Pareciera ser que esto no sería más que una parte del devenir del desarrollo médico desde el siglo XVIII, con el surgimiento de la economía política de la salud, los procesos de medicalización generalizada, los mecanismos de la biohistoria: “La denominada crisis actual de la medicina no es más que una serie de fenómenos suplementarios exacerbados que modifican algunos aspectos de la curva, pero que no la crearon”. Lo fundamental en este análisis está en reconocer qué contribuyó a la distinción de lo sanitario y lo médico en las sociedades occidentales en su origen moderno: “se trata de conocer mejor no tanto la crisis actual de la medicina -lo que constituye un concepto falso-, sino cuál fue el modelo de funcionamiento histórico de esa disciplina desde el siglo XVIII, para saber en qué medida hoy se puede modificar”. (Foucault, 1992b: 53, 51)

Tal como plantea Galende (2008), existen actualmente nuevas alianzas e intereses entre los profesionales de la salud y el mercado, que implican nuevas herramientas para la producción de subjetividad de los consumos

exacerbados. Aquí aparecen herramientas como la publicidad y el marketing para asegurar las lógicas de poder que mantienen su hegemonía. Esta “tentadora solución” del medicamento se ha instalado en las sociedades occidentales modernas, como un encuentro entre nuevos rasgos culturales y la oferta desde el mercado para solucionar síntomas del malestar que justamente éstas mismas lógicas producen.

A favor de la velocidad de la existencia, la inmediatez de toda experiencia, el dominio de la imagen y la sensación sobre el pensamiento y la palabra, que desembocan en la figura del “consumidor”, se está configurando una nueva relación entre las pasiones y la razón, base de toda ética. (...) Es sobre este “logro” del mercado y la consolidación del hombre como consumidor, que fue posible la aparición de una oferta de medicamentos que intervienen como soluciones a los síntomas que estos nuevos rasgos culturales producen. (Galende, 2008: 11)

El sujeto moderno se ha tornado un consumidor neto, no importando *espacios sociales*, escalas de valores, prejuicios. Todos y todas resultan consumidores/as en esta gran sociedad globalizada, y pareciera que por esta escala se definiera socialmente quien es quien, valorando las apariencias por sobre las desvalorizadas esencias. Como dice Galende, “todo consiste en un llamado a “ser” eso que el objeto que posea lo sitúa en una identidad social. El ser deviene idéntico al valor social del objeto que consume”, “Todo el consumo está ahora dirigido a generar la ilusión de que “podemos ser otro de lo que somos”. Sin este profundo e inquietante cambio cultural y ético, no hubiera sido posible la recepción y la implantación a gran escala del consumo de psicofármacos.” (Galende, 2008: 12, 11)

En la empresa por instalar el “sufrimiento mental” y el “malestar de la existencia” en la lógica del mercado, los especialistas en recetar los psicofármacos fueron cooptados por la industria farmacéutica. Ésta tuvo claro, no cabe duda, desde un principio cómo actuar para tal cooptación y en el mayor de los desenfrenos cuanta publicación científica médica en este rubro hay aparecen las propagandas de tal o cual laboratorio vendiendo la

maravillosa droga para ser consumida por aquellos quienes en esta lógica quedan por fuera en cuanto ganancias, pero más que implicados en tanto en ellos se van depositando sustancias diversas, dependiendo las modas. Como un nuevo modelo de jean que sale, remera, reloj, lo que fuera, así son también incluidos en la vida cotidiana de cada uno de los sujetos de estas sociedades modernas en su máxima expresión de la razón instrumental.

¿Qué mayor instrumentalidad que la de hacer creer al otro que realmente necesita lo que en principio no necesitaría, y encima con el rótulo de “patología”? Raya con cuestiones que trascienden los conocimientos científicos y se orientan en otro territorio donde sujetos en su singularidad no tienen nombre y apellido, nacionalidad, religión, credo, raza, género, edad... son simplemente consumidores o potenciales consumidores. El tema es cuando en esta lógica pavorosa del mercado quedan de rehenes niños y niñas a los que sistemáticamente, día a día, se les introducen sustancias químicas que calman sus esencias. ¿Qué mayor logro que vender a quienes no tienen posibilidades siquiera de negarse y encima tiene el aditamento de la no resistencia? Porque cuando se dopa a alguien, entre otras cosas, se evita su resistencia, es un cuerpo inerte, un cuerpo dormido, mareado, como tanto ha aparecido en el trabajo de campo de la presente investigación.

La difusión pública de las investigaciones de las neurociencias, en la llamada “década del cerebro”, es presentada bajo una articulación sutil: un conocimiento sobre el funcionamiento de las redes neuronales, los mecanismos biológicos de la transmisión entre neuronas, se vincula con determinado malestar subjetivo (la obsesión, la memoria, la hiperactividad y desatención de los niños, el deseo sexual, etc.) y se informa que determinados científicos han descubierto una nueva molécula capaz de solucionar estos males-tares actuando sobre los mecanismos cerebrales. Casi siempre se trata de alguna sustancia, neurotransmisor, que esta de más o que falta... Nunca es muy preciso si se trata de una sustancia que sobra o que falta y eso produce el síntoma, o si bajo las condiciones emocionales del síntoma psíquico se produce la falta o la sobra de dicha sustancia. (Galende, 2008: 16)

El efecto no cabe duda que resulta beneficioso, el psicofármaco de hecho calma la ansiedad, aminora la tristeza, ayudar a conciliar el sueño... Pero de ahí a relacionarlo directamente con el origen del padecimiento hay una distancia enorme. Está claro que en una sociedad donde las complejidades devenidas generan una serie de síntomas y padecimientos psíquicos diversos (que no tienen por qué ser enfermedades), la introducción de “pastillas mágicas” (al decir de algunos de los entrevistados del trabajo de campo) son la solución aparente a una manifestación corporal. Pero la esencia, lo medular, lo que lleva al padecimiento verdadero queda solapado bajo la máscara de la ahora “buena conducta” de ese niño o niña medicado. Pero el dolor se perpetúa, se estanca y aprisiona a quien lo padece cada vez más, aunque por fuera parece que nada padece. Claro, cuerpos dormidos figuran la fantasía del descanso reparador, pero lejos se está de tal en cuerpos medicados.

Hoy día, estas empresas farmacéuticas adquirieron tal expansión y tal cooptación que la mayor parte de las investigaciones que se realizan en neurobiología surgen en los mismos laboratorios o son financiadas por éstos con terceros que quedan imbricados en esta madeja. Y no son sólo producidos por estos laboratorios, sino que han acaparado la bibliografía que consultan los especialistas que, como mediadores en esta gran cadena, terminan siendo los vendedores reificados de una lógica que, en principio, desde su ética se niega sistemáticamente. Pero, está claro, ellos también son consumidores y como tales, consumen estas bibliografías, consumen los congresos que financian los laboratorios para tratar tal o cual tema en debate que no tiene otro fin que promocionar una droga con el disfraz de un tema de orden social.

Algunos psiquiatras pretenden, apoyados en información de la propia industria farmacéutica, no por las investigaciones neurobiológicas que se limitan al estudio del sustrato cerebral de procesos del comportamiento y sus mecanismos, de mostrar la eficacia de los psicofármacos como “prueba” de la causa cerebral del trastorno. El valor de un argumento semejante, de estas pruebas de eficacia farmacológica, no pasa

de ser básicamente un valor retórico: se trata de convencer de la causa cerebral porque en verdad es el único medio sobre el cual se actúa, alterando la vivencia compleja de la enfermedad. (Galende, 2008: 46)

La complejidad de la vida social de hoy día, donde prima en sus contenidos una razón instrumental abrasadoramente constreñidora de los sujetos en sus individualidades y genericidades, resulta tan compleja como la vida psíquica. Consolidaciones y entramados dejan siempre al más débil como la punta del iceberg en una gran cadena de ganancias para unos pocos y enormes pérdidas para otros muchos.

Desandar la enorme mistificación de la vida y sus padecimientos que los códigos de la Psiquiatría ha edificado en sus doscientos años de existencia, agregando la nueva fuerza y los enormes recursos económicos que le aporta su sociedad innegable con la industria farmacéutica, no resulta tarea sencilla. Pero cabe confiar que este poder exacerbado actualmente esta nueva hegemonía del antiguo positivismo, como nos lo enseña la historia, está a la vez anunciando su decadencia y su imposibilidad de respuesta a lo esencial del sentir y el pensar del hombre. (Galende, 2008: 48)

Habría tanto más para decir que, como se planteó al principio de este último punto, daría para una nueva investigación. Como para reconocer este tema y ponerlo en el tapete y darle cierre a la delimitación del presente objeto de investigación se considera es suficiente.

REFLEXIONES FINALES

Cuerpos que no callan

A lo largo de la presente investigación se intentaron dejar en evidencia las concreciones de una niñez medicada, abarrotada y sumisa para la no rebelión, mediante la sujeción del mundo adulto institucionalizador y disciplinador de las conductas homogéneas. ¿Qué se proyecta para este enorme contingente de niños y niñas que conforman el mundo adulto del mañana?

En el Uruguay de hoy se está ante un fenómeno que ya no podía ser relegado en su análisis: la medicación abusiva con psicofármacos en la niñez. Este proceso, entendido como una nueva forma de disciplinamiento de la razón instrumental moderna, es concretizado por una sociedad capitalista que subyuga las corporalidades hacia una homogeneidad necesaria para la producción y reproducción de sus pautas, valores y acciones, oportunamente condescendientes con la mercantilización internacional de los cuerpos (y de las almas). Se exige una *normalidad* que no contempla la diversidad; más aún, se lo hace desde el discurso de los derechos, cuando contradictoriamente se está vulnerando la calidad de sujeto de aquellos que marcan una diferencia (conductual en este caso concreto).

En este contexto, aparece un *cuerpo social* caracterizado por un imaginario de docilidad, que media las sucesivas concretizaciones del *cuerpo individuo* particularizado y del *cuerpo subjetivo* singularizado. De esta manera, quienes no entran dentro de los parámetros estipulados como *normales*, se les quita la posibilidad de actuar autónomamente, constriñendo su ser al de un deber ser homogéneo; y si no, al menos se lo neutraliza. Así, como se ha visto, aquéllos niños y niñas que manifiestan conductas diferentes a las estipuladas, son etiquetados, y por ende medicados: algunos/as, ciertamente los menos, logran mínimamente “adaptarse” a lo exigido; otros/as, los más, quedan en la inacción, dopados para que no molesten: “En este contexto es donde la lógica de la impotencia adquiere una relevancia especial dada su particular capacidad de afectar a los cuerpos y construir escenarios donde la licuación y coagulación de la acción se reproducen fácilmente.” (Scribano, 2007: 25)

Se considera que resulta necesario, no sólo exigir un cambio en estos dispositivos, sino desnaturalizar esta lógica de la impotencia, de manera que logren visualizarse alternativas viables a esta exacerbada sujeción. Porque en esta dialéctica de *exteriorización de lo interno e interiorización de lo externo*, cada *cuerpo subjetivo* que en su totalidad conforma el *cuerpo social*, tiene su ingerencia y responsabilidad de la legitimidad de estos mecanismos cuando se opta por la inacción.

Mucho más. La verdad que no sé, pero es evitar que el niño moleste, ... el niño viene prácticamente dormido o se duerme en clase y no molesta. Pero no hay una solución al problema, se trata lo superficial pero el problema sigue. (Entrevista a Maestra ECSCC)

Cuerpos dormidos que ya no generan resistencia, pero que lentamente dejan de sentir desde su ser, porque el deber ser que se les impone como interiorización es tan arbitrario que impera quedarse quieto. Las sensibilidades en este contexto quedan diluidas a lo que las posibilidades del momento en que la droga transitoriamente ya no forma parte de su cuerpo le permiten, aunque posiblemente llegue la nueva dosis para que tal atisbo de posibilidad quede relegado a un cero de probabilidad.

En la lógica de mercado que impera para la distribución y masificación del consumo de psicofármacos, más no sea en la niñez (como depositario terminal de una larga cadena), pareciera que los diagnósticos se hacen tratando que todo cuadre dentro de un manual, DSM-IV-R (porque ahora ya cuenta con su versión revisada, éste también). Pero, como dice Moyano (2004), a no olvidarse quien hace este manual y en qué contexto: el Instituto Norteamericano de Salud Mental, cuyo fin, el del manual, es la distinción de las diversas patologías para poder cubrir los diversos espectros de los seguros de salud de los Estados Unidos. En el reinado de la mercantilización, todo va a quedar configurado en los parámetros de la lógica que allí impera. Pues, todo cuanto se quiera inventar, “con fundamento científico”, para ubicar y clasificar en ese seguro de salud para el cual es realizado va a aparecer. La magia no está, pues, en la pastilla que duerme

o aquietas síntomas, sino en que los magos de la industria hacen creer a los que se creen que tanto saben, y que de hecho son los que ejercen los dispositivos disciplinarios en lo institucional, que todo cuanto inventan tiene valor científico y por ende resulta “en beneficio de la humanidad”.

Parafraseando una vez más a Sartre, el sujeto es *productor y producto* de su propia historia, tanto individual como colectiva. Por ello el Uruguay de hoy encuentra un 30% de su niñez durmiendo, patologizada, sin sentir, y a futuro sin “producir” (algo fundamental para el capital) porque mientras dormían, algunos pocos, los más agraciados (por el lugar donde les tocó en suerte nacer, o porque de no haberla tenido, pudieron continuar el camino), podían seguir aprendiendo.

Para que el ritual funciones y opere es necesario de entrada que el mismo sea percibido y creído como legítimo, su simbólica más precisa es justamente mostrar que el Psiquiatra no está allí sólo a nombre personal, su autoridad proviene de que es representante, depositario, del poder Osicala de la disciplina. No estoy diciendo que el psiquiatra sea un simulador de autoridad, o que utilice siempre en su beneficio la creencia social en su autoridad. Se trata de comprenderlo dentro del funcionamiento de la institución en el plano social, entendiendo que es la institución psiquiátrica quien lo consagra y lo acredita como tal. Las Ciencias Sociales conocen en detalle la eficacia simbólica de los ritos institucionales, es decir, el poder de la pertenencia al autorizar una intervención sobre lo real del sufrimiento, al mismo tiempo que esta consagración como agente de la disciplina lo transforma a él mismo en persona consagrada. ... El hecho de decir las cosas con autoridad, esto es, en nombre del saber de la disciplina, público y oficialmente reconocido, lo pone a salvo de lo irracional, lo arbitrario; lo consagra como saber y hacer conforme a la “naturaleza de las cosas... naturales”, en este caso, la enfermedad mental. (Galende, 2008: 63)

Aquí no se trata de señalar con el dedo a unos u otros, sino asumir, definitivamente, que esto es menester de toda la sociedad, no tiene exclu-

sividad en ningún saber específico, involucra a todos como colectivo que piensa, que siente y que actúa, más allá se intente que no. En todo caso, sí, urgentemente desnaturalizar esta legitimación del “psicofármaco amigo del niño” para evitar continuar dilapidando un futuro más cercano de lo que se evita creer. Porque las primeras camadas de niños y niñas masivamente patologizados y consumidores casi crónicos de psicofármacos ya son en su mayoría jóvenes. Habría que ver en qué estado se hallan esos jóvenes de hoy día que han subjetivizado su corporeidad, su identidad y su razón de ser a los efectos de un psicofármaco.

¿Quién más en el mundo conoce algo como “el cuerpo”? Es el producto más tardío, el más largamente decantado, refinado, desmontado y vuelto a montar de nuestra vieja cultura. Si Occidente es una caída, como pretende su nombre, el cuerpo es el último peso, la punta extrema del peso que se vuelca en esta caída. El cuerpo es la gravedad. Las leyes de la gravitación conciernen a los cuerpos en el espacio. Pero ante todo el cuerpo pesa en sí mismo: en sí mismo ha descendido bajo la ley de esta gravedad propia que lo ha empujado hasta ese punto en que se confunde con su carga. Es decir, con su espesor de muro de prisión, o con su masa de tierra amontonada en la tumba, o bien con la pringosa rigidez de ropa usada, y para acabar, con su peso específico de agua y de hueso — pero siempre, ante todo, a cargo de su caída, venido del éter, caballo negro, bestia de carga. Arrojado de muy alto, por el Altísimo en persona, en la falsedad de los sentidos, en la malignidad del pecado. Cuerpo indefectiblemente desastroso: eclipse y caída fría de los cuerpos celestes. ¿No nos habremos inventado el cielo con el solo fin de hacer que los cuerpos decaigan? Sobre todo no creamos haber acabado con ello. Hemos dejado de hablar de pecado, tenemos cuerpos a salvo, cuerpos de salud, de deporte, de placer. Pero quién no es capaz de ver que con ello el desastre se agrava, pues el cuerpo está cada vez más sumido, más abajo y su caída es cada vez más inminente, cada vez más angustiada. “El cuerpo” es nuestra angustia puesta al desnudo. Sí, ¿qué civilización ha podido inventar eso? El cuerpo tan desnudo, el cuerpo en fin... (Nancy, 2003: 53)

A modo de cierre, se transcribe una nota publicada en un periódico de Maldonado, de un periodista uruguayo llamado Marciano Durán, la cual, se considera, sintetiza todo cuanto se ha venido planteando, con una discursiva maravillosa.

“Los niños uruguayos del 2009”

“Ser feliz” parece ser una buena propuesta de vida.

Alcanzar nuestra felicidad y la de los nuestros, no deja de ser un buen destino para el ómnibus que resolvimos tomar.

Sí, ya sé...es mejor proponerse la paz y la justicia mundial; pero a esta altura eso se parece demasiado a un deseo de Miss Piriápolis.

- Admiro a la madre Teresa de Calcuta, al Papa y quiero la paz mundial.

Ser felices, ayudar a nuestros gurises a que encuentren su felicidad y desde ese estado de privilegio sumarse a los deseos de Miss Simpatía.

Eso está mejor.

Sin embargo lo raro de esta historia que quiero contar, es que me parece que últimamente hemos estado buscando la felicidad con muy poca puntería.

Hemos dedicado buena parte de nuestro tiempo a encontrar un lugar donde subirnos para intentar divisar la felicidad desde lejos y no hemos advertido que muchas veces nos paramos justo encima de ella.

Por eso no la encontramos.

Porque hay que buscar más cerca.

“La vida es eso que pasa mientras hacemos planes” decía John Lennon hace unos años.

“Quien busca la felicidad fuera de sí es como un caracol caminando en busca de su casa” escribía Constanancio Vigil.

Entonces las primeras preguntas que se me ocurren son:

¿Estamos siendo felices mientras buscamos la felicidad o estamos reservando ese estado para cuando terminemos con la búsqueda?

¿Estamos promoviendo la felicidad de nuestros hijos mientras busca-

mos la nuestra?

No estoy muy seguro.

De lo que estoy seguro es que los valores que recibíamos en nuestra infancia no son los mismos que reciben en el 2009 nuestros hijos y nuestros nietos.

No es una interpretación antojadiza...es una simple observación.

Solidaridad, respeto por la palabra dada, tolerancia, respeto a la autoridad, a los ancianos, a la diversidad, a los más débiles, amor a las instituciones que nos cobijaban (escuela, iglesia, partido político, club de futbol, boliche, etc., etc.).

Tengo la sensación que lo uruguayitos del 2009 están viendo triunfar un nuevo modelo individualista y narcisista y tengo la sensación que ese cambio empieza a producir consecuencias en ellos.

Hoy la competitividad, el éxito y el dinero le están sacando mucha distancia a los viejos valores de nuestros abuelos.

Si ya sé... a los de Argentina, España y Canadá les pasa lo mismo.

¿Qué tantos cambios se están produciendo en el Uruguay?

¿Quién está incidiendo de esa manera sobre nuestros gurises?

Los señores que van a tu casa cuando vos no estás.

Don televisor y doña internet.

Y cuando estás... también van.

Es que últimamente nuestros hijos son huérfanos part-time.

¡Hemos estado tan ocupados para que no les falte nada, que les está faltando el padre que está ocupado tratando que no les falte nada!

Así que se van quedando sin referencias y sin modelos.

O peor aún, los referentes están llegando por el coaxil y por wi fi.

Estamos demasiado ocupados consiguiendo insumos para que sean felices.

Y como si eso fuera poco, cuando volvemos al hogar permitimos, dejamos, consentimos, accedemos, cedemos y el límite que lo fije la maestra (que para eso le pagamos el sueldo)

Estamos cambiando presencia por presentes.

Ya que no podemos estar...traemos.

Recuerdo clarito el beso de la vieja antes de dormirme, papá apagándome la portátil y la voz metálica de “Tomándole el pulso a la república” o del “Reporter Esso” llegando desde el “dormitorio grande”.

Recuerdo la charla con cualquiera de ellos sentados en mi cama mientras mis ojos empezaban a cerrarse.

Todos los días eran importantes.

No hace tanto tiempo, lo recuerdo bien.

Hoy la trasmisión de valores plantea otros códigos.

—Cuando venga del trabajo estarás dormido, así que te dejo sobre la mesa el plasma que querías, mandame un mensaje de texto cuando te despiertes.

Y lo jodido es que todos los cambios apuntan hacia el mismo lugar: aislamiento y desvinculación.

Y el modelo se profundiza día tras día.

A pasos agigantados.

La cultura del esfuerzo, del ahorro, de la responsabilidad comienza a perder feo con el modelo competitivo y narcisista de Tinelli o con el modelo de Rial y sus secuaces exponiendo en la plaza pública las miserias y los dolores más privados.

Ayer vi un programa español en el que un matrimonio aplaudía porque había ganado 1000 euros. Emocionados, reían y aplaudían porque la respuesta había sido correcta: “Sí, mi esposo me pega seguido”.

El cálculo es sencillo: cuatro horas de escuela por día, te da -más o menos- 700 horas por año.

¡Pero los niños uruguayos del 2009 miran más de 1000 horas de televisión por año!

Para complicarla un poquito más, las familias empiezan a trasladarse al exterior o a otras ciudades y van dejando a los gurises sin abuelos, sin tíos, sin primos y sin padrinos.

¿Divorcios? ¿Nuevas parejas? ¿Hermanos mayores ausentes? ¿Abuelos en geriátricos? ¿Madres solteras?

Todo ayuda, todo ayuda.

—No mi amor, con mamá no te podemos atender ahora porque esta-

mos trabajando para que seas mejor.

Acá te traje un celular para que me llames si tenés algo urgente. Y si no es urgente, lo buscás en internet.

–Mire señorita, nosotros trabajamos los dos y por eso no estamos muy al tanto de las notas, pero le prometo que esta vez nuestra hija hará un buen segundo año y con las mejores notas. ¿Cuarto? Eh... sí, cuarto año y con las mejores notas.

–Bueno hermano ¿qué te pasa? No te sirve nada. Entonces lo mandamos doble horario y de esa manera no queda en banda.

Entra a las ocho de la mañana y sale a las cinco de la tarde.

¿Tampoco te sirve?

Que empiece el colegio antes de cumplir dos años.

Cuando ni siquiera sabe pedir auxilio ya ha sido aband... ya ha sido anotado en un colegio de doble horario.

Y con seis o siete años, al salir del colegio se va a la casa de un amigo, porque en casa a esa hora todavía no hay nadie.

Y se turnan para ir a casa de distintos amigos buscando olor a sopa o plantas recién regadas.

Yo me sentaba a la derecha de papá, mis hermanos enfrente, papá en una cabecera y mamá en la otra. Todos los mediodías. Y charlábamos de la escuela y del barrio y de la quinta y de los trenes y de las estrellas y del Comisario de Cerro Mocho. Y nos retaban y nos felicitaban y nos preguntaban y nos contestaban. Fue por el 60, o por el 40, o por el 50 o por el 70.

Los niños del 2009 chiquitos aún, almuerzan solos en el colegio.

No tienen idea de pucheros compartidos, del “pasame el queso”, del “me saqué un sote primero” o del “¿por qué estás triste?”

Pobrecitos, comen comida hecha y hasta hamburguesas de Mac Donalds frías o recalentadas en el microondas del colegio.

¡Y muchas veces también cenan solos!

¡Qué pena tan grande me da escribirlo!

¡Cenan solitos comida congelada!

¿Con quién compartir lo que pasó en la escuela?

¿A quién contarle quien le pegó y a quién le gustaría besar?
Como si fuera poco llegan a hacer deberes y a ordenar sus cosas.
Entonces la culpa de no estar nunca nos lleva a compensar comprando cosas materiales, desde un chupa-chupa a una note-book última generación.

Y las cosas empiezan a llegarles sin costos y sin sacrificios.

Y lo que se consigue sin dificultad pierde enseguida la etiqueta con el valor de la compra.

El valor sacrificio, el valor esfuerzo, el valor ahorro, el valor trabajo se desmorona en una sola noche de lavado de culpas.

—Bueno, mi amor, pero después desenchufa, apaga todo y se acuesta, yo me voy al dormitorio que mañana arranco temprano. Y el chat, el messenger, el facebook y las páginas porno quedan a disposición de gurises que hasta buenos resultan a la hora de frenarse ante ellas.

Y se nos esfumó el desayuno compartido de los 50, la merienda colectiva de los 70, mamá leyendo el Cuento y Canto de los 60. Ya no está la abuela revisando el portafolio para que no falte el papel secante, ni el padrino tomándonos la tabla del siete, ni el viejo preguntándonos los números primos.

—¡Vamos chiquilines, vamos que tienen que prepararse para ir a la universidad! Necesitamos ese curriculum. Nos están pidiendo inglés y computación. No tenemos tiempo para sentir, no tenemos tiempo para disfrutar, no pueden ser niños por ahora, yo les aviso cuando puedan.

¿No estaremos consiguiendo el resultado opuesto al que salimos a buscar?

Por buscar los tres puntos de visitante... ¿no nos estarán metiendo abajo del arco en nuestra propia cancha?

Arriesguemos un poquito más.

Metamos una falange más de dedo.

Hagamos una pregunta un poco más comprometida (mientras vemos pasar eso que nos decía Lennon o mientras buscamos los lentes que tenemos puestos)

¿Estamos formando o deformando a nuestros hijos?

Hablo de los trastornos de nuestros niños.

Hago una pausa una vez más. Me proyecto. Recuerdo mi infancia y recuerdo que en mi barrio, y en los barrios que rodeaban a mi barrio vivía un niño de nuestra edad que tenía algún tipo de trastorno.

Le decíamos el loco.

Y era “El loco”.

En singular.

Porque era el único.

Por aquellos tiempos era difícil encontrar a más de uno por barrio, o por escuela o por generación o por ciudad.

Algo pasó mientras estábamos ocupados.

¿Tienen idea cuántos niños uruguayos del 2009 padecen los trastornos psicológicos de aquel vecino nuestro?

iiii OCHENTA MIL!!!!

¡No alcanza el Centenario para sentarlos en las tribunas!

¡Los estadios de River, Bella Vista, Fénix, Basáñez, Cerrito, Rentistas, Racing, Sud América, Villa Española, Huracán Buceo, Rampla, Miramar y Liverpool llenos de niños trastornados!

¿Qué pasó?

Algo hicimos mal.

Ellos no nacieron trastornados.

Cuando nosotros llegamos al mundo todavía no estaban.

Los trajimos nosotros.

Es más... cuando los trajimos recuerdo clarito que estaban bien.

No deberíamos hacernos los distraídos.

No deberíamos cargar en la madre naturaleza toda la responsabilidad.

No vale culpar a Tinelli, a Paco Casal, a Jorge Batlle y a Cotugno.

Esa ha sido una buena manera que hemos encontrado de no culpar a nadie.

De no culparnos nosotros.

Niños trastornados.

¿De qué hablamos cuando hablamos de trastornos?

De violencia escolar, de agresiones que aparecen desde el jardín de infantes.

Hablamos de miles y miles de niños en manos de psicólogos.

De hiperactividad, de trastornos depresivos y de ansiedad.

De falta de autoestima en niños que ven como sus compañeros pasan de clase y los abandonan una vez más.

A ver si queda claro:

Los niños que están sentaditos en el Nazzasi tienen dificultades de alimentación.

Los que están en el Parque Roberto no pueden conciliar el sueño.

Los niños del Saroldi no pueden relacionarse convenientemente con el niño que está sentado a su lado.

Los de Belvedere tienen conductas adictivas, agresivas, violentas y algunas veces delictivas.

Los del Complejo Rentistas tienen problemas de adaptación y bajo nivel de tolerancia al fracaso.

Desde los tres y cuatro años los niños uruguayos del 2009 están pasando por la esquina de casa camino a los estadios y nosotros no los hemos visto pasar.

¡80.000 gurises con problemas para conciliar el sueño!

¡No pueden dormir!

¡Se dan vuelta a la noche en sus camitas y no consiguen dormir!

Esa te la llevo a los 40... ¡pero ellos tienen cinco!

Los niños del Parque Capurro están medicados.

Los del Estadio Olímpico están siendo medicados pero sin tratamiento psicológico.

Los que están en el Fossa tienen stress.

Vamos a hacerla un poquito más difícil aún.

¡Los de la tribuna de atrás del arco en el Méndez Piana están pensando en matarse!

Entre el 2000 y el 2007 el palco del Parque Roberto...se mató todo.

¡Se suicidaron 247 niños!

¡Uruguayos Campeones del Suicidio!

¡Uruguay nomá!

Este es el único campeonato para el que no necesitamos calculadora.

En pocos lugares del mundo se matan tanto como acá.

Al Pereira Rossell llegan por año tres ómnibus repletos de niños.

146 niños menores de 15 años.

¿Por qué llegan?

¿Por intento de autoeliminación!

Yo pensaba hablar de la Ritalina.

¡Más vale ni hablar de la Ritalina!

¿Quién es la Ritalina?

La Ritalina es un psicofármaco que actúa sobre el niño para que se concentre en clase.

Se utiliza para el tratamiento del síndrome de hiperactividad y déficit atencional.

Algunos expertos dicen que tiene graves efectos adversos; pesadillas, náuseas, vómitos, disminución o pérdida del apetito y trastornos del crecimiento.

Otros dicen que no es cierto.

Algunos expertos dicen que produce nerviosismo, hipersensibilidad, anorexia, palpitaciones, dolores de cabeza, cambios de presión y pulso, taquicardia y arritmia cardíaca.

Otros dicen que no es cierto.

¿Una generación que crece dopada?

¿Una generación que depende de pastillas?

¿Una generación “corregida” a fuerza de psicofármacos?

Claro... a un país que resolvió siempre sus enfermedades con Líquido Carrel, aceite de hígado de bacalao, un “no” que quería decir “no”, papel astraza caliente en el pecho, penitencias dolorosas, pañitos con alcohol en la barriga, una doña que nos “tiraba el cuerito”, leche de magnesia, huevos crudos con malta, un vaso de agua dado vuelta en la cabeza, límites que no se corrían, Vick Vaporub para la tos, rutinas claras en la casa y un tate quieto de vez en cuando... a un país como ese, le resulta muy difícil entender la Ritalina.

Aunque sea buena y necesaria.
¡El 30 por ciento de los gurises uruguayos consume Ritalina para combatir el déficit atencional!
¡Tres niños uruguayos de cada diez!
Yo pensaba hablar de la Ritalina.
Más vale dejar la Ritalina para otra crónica.
Prefiero quedarme con la tristeza de los niños uruguayos del 2009.
Es más que suficiente.
Me duele el pecho cuando lo escribo.
Ojalá le duela a alguno cuando lo lea.
Marciano Durán
Julio 2009

BIBLIOGRAFÍA

Libros

ANEP. (2000). *Una visión integral del proceso de reforma educativa en Uruguay 1995-1999*. Montevideo: ANEP.

_____ (2007) *Relevamiento de Características Socioculturales de las escuelas públicas del Consejo de Educación Primaria*. Montevideo: ANEP.

ANGELINO, Alfonsina. y ROSATO, Ana. (Coords.). (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Noveduc.

ARFUCH, Leonor (1995). *La entrevista, una invención dialógica*. Barcelona: Paidós.

BARRAN, José Pedro. (1992). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. Tomo I. La cultura bárbara (1800-1860). Tomo II. El disciplinamiento (1860-1920). Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

_____ (1993). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos*. Tomo I. El poder de curar. Tomo II. La ortopedia de los pobres. Tomo III. La invención del cuerpo. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

BAUDRILLARD, Jean. (2000). *Figuras de la alteridad*. Buenos Aires: Prometeo.

BENTURA, Celmira (2006). *Trabajo Social en el campo de la salud. Un desafío académico*. Orientador: Dra. Mónica De Martino. Universidad de la República, Montevideo. Disertación (Maestría en Servicio Social) (mimeo)

BOURDIEU, Pierre (1987a). *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.

_____ (1987b). *La práctica de la antropología reflexiva*. Introducción al Seminario de la Escuela de Estudios Superiores en Ciencias Sociales, París. (Mimeo)

BOURDIEU, Pierre. y WACQUANT, Luc (1995). *Respuestas por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.

BÚSQUEDA (Periódico) (2009). *Tribunal de familia obligó a Ministerio de Salud Pública a ejercer más control sobre un medicamento con efectos neurológicos en niños*. Artículo publicado en el rubro Interés General, el 30 de Abril de 2009. Montevideo.

CANGUILHEM, Georges (2004). *Escritos sobre medicina*. Buenos Aires: Amorrortu.

CARBALLEDA, Alfredo (2002). *El cuerpo hoy*. Revista Topia: Las huellas de la identidad, Buenos Aires, v.36, pp. 22-27.

_____ (2008). *La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social*. Revista Margen, v.48, pp. 2-11.

DAHL, Robert (1991). *La democracia y sus críticos*. Buenos Aires: Paidós.

DE SOUSA SANTOS, Boaventura (2000). *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. Sao Paulo: Cortez.

_____ *A construção multicultural da igualdade e da necesario*. VII Congresso Brasileiro de Sociologia, Río de Janeiro, 1995. 55p.

DELEUZE, Gilles (1990). *Posdata sobre las sociedades de control*. In: FERRER, C. (1991). *El lenguaje literario*. Tº 2, Montevideo: Nordan, pp. 5-10.

DURÁN, M. *Los niños uruguayos del 2009*. 6p. En: <http://www.marcia-noduran.com.uy/?p=370> Fecha de consulta: 17/07/2009.

DURKHEIM, Emile (1973). *La educación moral*. Buenos Aires: Schapire.

DUSCHATZKY, S. (2007). *Maestros errantes. Experimentaciones sociales en la intemperie*. Buenos Aires: Paidós.

EAGLETON, Thomas. (1998). *As ilusoes do pos-modernismo*. Río de Janeiro: Zahar.

ELÍAS, Norbert. (1990). *La sociedad de los individuos: ensayos*. Barcelona: Península.

FERNÁNDEZ PONTE, F. *Ritalín y Control Social*. 24p. En: http://blogotitlan.com/columnas/2006/11/ritalin_y_control_social.html. Fecha de consulta: 02/07/2007.

FERNANDEZ, A. (1999) *La sociedad "Hiperkinética" y "Desatenta" medica lo que produce*. Revista E.Psi.B.A., Buenos Aires: Espacio Psicopedagógico de Buenos Aires, v.9, pp. 11-14.

FERRADA, J. (2007) *Cuerpo y Des-borde: Sobre el sentido de su aparecer y su lugar-excrito*. Universidad de Chile, 17p. (Mimeo)

FILGUEIRA, Fernando, FILGUEIRA, Carlos. (1994). *El largo adiós al país modelo. Políticas sociales y pobreza en el Uruguay*. Montevideo: Arca.

FLAQUER, J (1995). *Hegel y el Romanticismo. La importancia de la relación*. Barcelona: Cristianisme i Justicia.

FOUCAULT, Michel (1968). *Las palabras y las cosas. Una arqueología*

de las ciencias humanas. Buenos Aires: Siglo XXI.

_____ (1986). *La arqueología del saber*. México: FCE.

_____ (1987). *Historia de la sexualidad, Tomo I: "La voluntad de saber"*. México: Siglo XXI.

_____ (1987a). *La voluntad de saber. Historia de la Sexualidad – Volumen 1*. Buenos Aires: Siglo XXI.

_____ (1987b). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. México: Siglo XXI*.

_____ (1989). *El ojo del poder*. In: BENTHAM, Jeremías (1989). *El panóptico. Genealogía del Poder* N° 2. Madrid: La Piqueta, pp. 3-26.

_____. (1991). *Espacios de poder*. Madrid: La Piqueta.

_____ (1992a). *Historia de la locura en la época clásica*. Buenos Aires: FCE.

_____ (1992b). *La vida de los hombres infames: Ensayos sobre desviación y dominación*. Buenos Aires: Altamira.

_____ (1992c). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.

_____ (1996a). *¿Qué es la Ilustración?*. *Genealogía del Poder* N° 30. Madrid: La Piqueta.

_____ (1996b). *El sujeto y el poder*. *Revista de Ciencias Sociales*. Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria, v.12, pp. 7-19.

_____ (1998). *Los anormales*. México: FCE.

-
- _____ (2005). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: FCE.
- _____ (2006). *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- GALEANO, Eduardo (1998). *Patatas para arriba. La escuela del mundo del revés*. Montevideo: Ediciones del Chanchito.
- GALENDE, E (2008). *Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar.
- GEERTZ, C (1996). *Los usos de la diversidad*. Barcelona: Paidós.
- GUATTARI, F (2009). *Introducción a la Psicoterapia Institucional*. En: <http://felixguattarimalaga.blogspot.com/2009/02/introduccion-la-psicoterapia.html> Fecha de consulta: 22/02/2009.
- HABERMAS, Jürgen (1984). *Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos*. Madrid: Catedra.
- HEGEL, George (1968). *Ciencia de la lógica*. Buenos Aires: Solar/Hachette S.A., 1968.
- _____ (1983). *Introducción a la historia de la filosofía*. Madrid: Sarpe.
- _____ (2005). *Filosofía de la historia*. Buenos Aires: Claridad.
- HELER, Mario (1996). *Ética y ciencia. La responsabilidad del martillo*. Buenos Aires: Biblos.
- _____ (2007). *Entre la producción y la acreditación*. Cuadernos del Sur-Filosofía, Bahía Blanca, v.34, pp. 77-94.

HELLER, Agnes (1987). *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Península.

_____ (1991). *Historia y futuro. ¿Sobrevivirá la modernidad?*. Barcelona: Península.

_____ (1994). *La revolución de la vida cotidiana*. Barcelona: Península.

HORKHEIMER, M (1969). *La crítica de la razón instrumental*. Buenos Aires: Sur.

KANT, Emanuel (1945). *Crítica de la razón pura. Tomo I*. Buenos Aires: Sopena.

KICKBUSCH, I (2002). *El valor futuro de la salud*. Revista *Perspectivas de Salud*. Ginebra: OPS, v.7, n2, Edición Especial del Centenario, pp. 15-20.

KLEIN, Melanie (1996). *El psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós.

KOSIK, Karel (1969). *Dialéctica de lo concreto*. México: Grijalbo.

LADRIERE, J (2003). *La responsabilidad de la razón. Cuadernos de Investigación Histórica*. Louvain, v.27, pp. 9-18.

LEY N° 17.823. CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA (2004). Montevideo, 7 de Setiembre de 2004.

LOURAU, Rene (2001). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.

LUNA, Rogelio y SCRIBANO, Adrián (Comp.) (2007). *Contigo*

aprendí...Estudios sociales de las emociones. CEA-CONICET-Universidad Nacional de Córdoba–CUSCH- Universidad de Guadalajara. Córdoba.

LUNA, S., LUGONES, S. (1998) ADD. *La distracción como enfermedad*. Revista El Arbol. Buenos Aires, v.12, pp. 12-17.

LYOTARD, Jean (1989). *La condición posmoderna: informe sobre el saber*. Madrid: Cátedra-Teorema.

MASSÉ NARVÁEZ, C (2003). *Del Método Trascendental Kantiano a la Dialéctica de la Razón de Hegel: Un esbozo general de sus soportes epistemológicos*. Revista Cinta de Moebio. Santiago de Chile: v.17, pp. 23-48.

MÍGUEZ, María Noel (2009). *Construcción social de la discapacidad*. Montevideo: Trilce.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA (2008). *Proyecto de Ley General de Educación/Uruguay*. Montevideo: MEC.

MIOTO, Regina (1997). *Família e serviço social :contribuições para o debate*. Revista Serviço Social & Sociedade. Río de Janeiro, Año XVIII, v.55, pp. 114-130.

MITJAVILA, Miriam (1998). *El saber médico y la medicalización del espacio social. Documento de Trabajo Departamento de Trabajo Social*. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales.

MOREIRA, Constanza (2002). *Ajuste estructural y reforma del Estado en Uruguay: cuestionando el gradualismo y la heterodoxia*. In: CALAME, Pierre (2002). *Con el Estado en el corazón*. Montevideo: Trilce, pp. 30-47.

MOYANO, J.M (2004). ADHD *¿Enfermos o singulares? Una mirada diferente sobre el síndrome de hiperactividad y déficit de atención*. Buenos

Aires: Lumen.

MURILLO, Susana (1996). *El discurso de Foucault: Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno*. Buenos Aires: Eudeba.

NANCY, Jean Luc (2003). *Corpus*. Madrid: Arena Libros S.L.

NETTO, Jose Paulo (1994). *Razón, Ontología y Praxis*. Revista Servicio Social & Sociedade. Río de Janeiro, Año XV, v.44, pp. 26-42.

_____ (2004). *Marxismo impenitente: contribuição à história das ideias marxistas*. Sao Paulo: Cortez.

OMS (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Ginebra: OMS.

ONU (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Washignton: ONU.

_____ (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Washington: ONU.

ORTEGA, Elizabeth (2003). *El Servicio Social y los procesos de medicalización en la sociedad uruguaya en el periodo neobatllista*. Orientador: Dra. Myriam Mitjavila. Convenio Universidad de la República – Universidade Federal de Rio de Janeiro. Disertación (Maestría en Servicio Social) (mimeo)

_____ (2009). *Medicina, religión y gestión de lo social. Un análisis genealógico de las transformaciones del Servicio Social en el Uruguay (1955-1973)*. Orientador: Dra. Myriam Mitjavila. Universidad de la República. Disertación (Doctorado en Ciencias Sociales con orientación en Trabajo Social) (mimeo)

ORTIZ, J. *La ritalina y el déficit atencional de los expertos. La situación en*

Costa Rica. 2007. En: <http://www.una.ac.cr/ambi/revista/88/ortiz.htm>. Revisado en: Julio 2007.

OSORIO, F. *Hegel y la muerte del Capitán Cook*. Revista Cinta de Moebio. Santiago de Chile: v.1. pp. 29-41, 1997.

PANTANO, L (1987). *La discapacidad como problema social: un enfoque sociológico. Reflexiones y propuestas*. Buenos Aires: EUDEBA.

PARSONS, Talcott (1970). *La estructura social de la familia*. Barcelona: Península.

PEÑA, L. (1987) *Dialéctica, lógica y formalización: de hegel a la filosofía analítica. Cuadernos Salmantinos de Filosofía*. Madrid: v.XIV, pp. 149-171.

PERETTI, C. (2004). *La otra escritura del Corpus In-Mundo*. Revista *Anthropos: Huellas del conocimiento*. UNED, v.205, pp. 70-77.

PÉREZ SOTO, Carlos (2008). *Desde Hegel. Para una crítica radical de las ciencias sociales*. México: Itaca.

PETTIT, Phillippe (1999). *Republicanism. Una teoría sobre la libertad y el gobierno*. Barcelona: Paidós.

_____ (2003). *El diseño institucional y la elección racional*. In: Goodin, R.E. (coord.) (2003). *Teoría del diseño constitucional*. Barcelona: Gedisa, pp. 118-134.

PIGNARRE, PH (2005). *El Gran Secreto de la Industria Farmacéutica*. Barcelona: Gedisa.

RIVAS CATILLO, J. (2000) *El problema metafísico de Hegel. De la conciencia al saber absoluto*. En: <http://www.uca.edu.sv/facultad/chn/c1170/ribas1.htm>. Revisado en: Mayo 2006.

SARTRE, Jean Paul (1947). *El existencialismo es un humanismo*. Buenos Aires: Sur.

_____ (2000). *Crítica de la Razón Dialéctica*. Buenos Aires: Losada.

_____ (2005). *Lo imaginario*. Barcelona: Losada.

SCRIBANO, Adrián (2002). *De Gurúes, profetas e ingenieros. Ensayos de Sociología y Filosofía*. Córdoba: Copiar, pp. 47-52.

_____ (2005). *Itinerarios de la Protesta y del Conflicto Social*. Centro de Estudios Avanzados. UNC, Instituto Académico Pedagógico de Ciencias Sociales. UNVM. Córdoba: Copiar.

_____ (Comp.) (2007). *Mapeando Interiores. Cuerpo, Conflicto y Sensaciones*. CEA—CONICET-Universidad Nacional de Córdoba. Jorge Sarmiento Editor. Córdoba.

SEGAL, H (1989). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós.

SERREAU, R (1964). *Hegel y el hegelianismo*. Buenos Aires: EUDEBA.

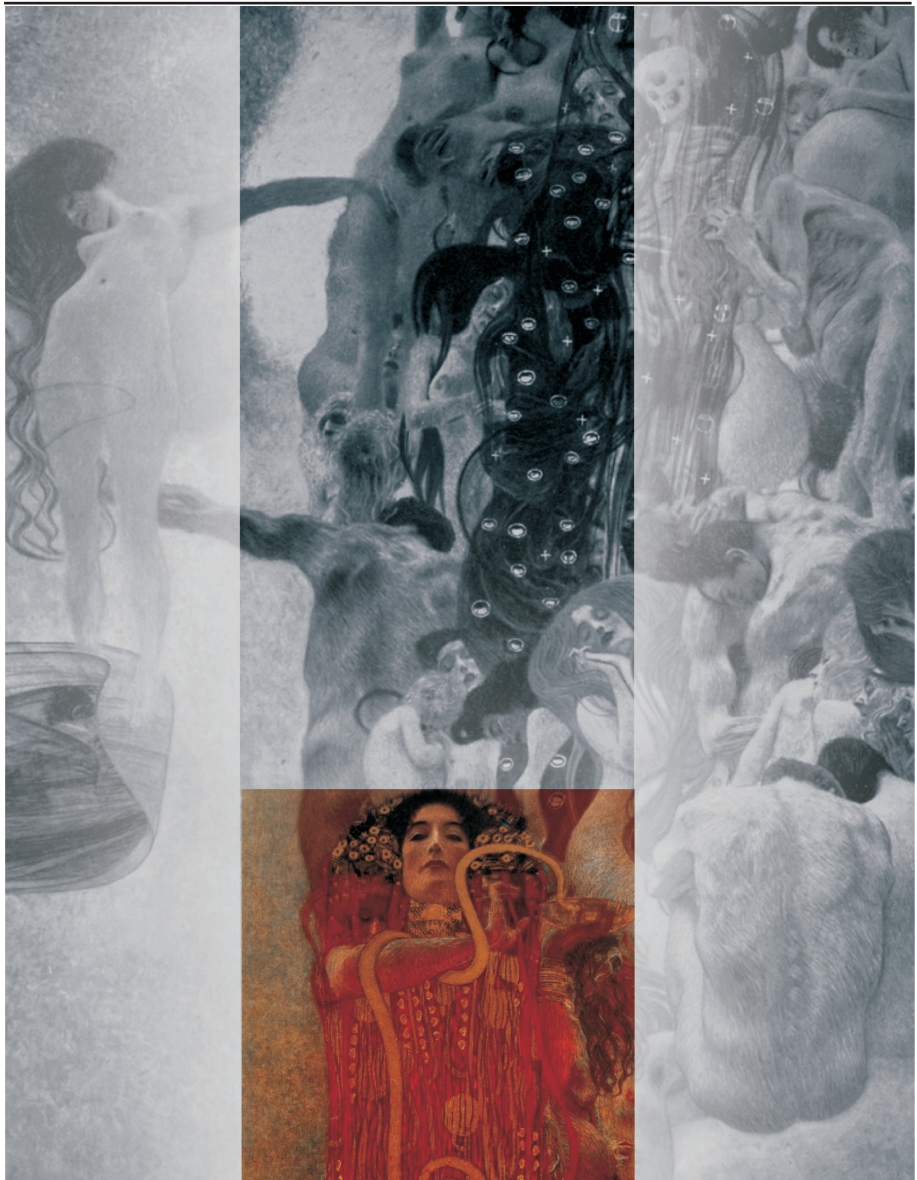
TODOROV, T (1991). *Nosotros y los otros*. Madrid: Siglo XXI.

TOMMASINO, A. (2005) *Peter Pan quiere crecer. Educación especial: ¿carta de ciudadanía para el "país de nunca jamás?"*. Udelar-Unicef, Montevideo, 25p. (Maestría en Derechos Humanos) (mimeo)

WITTGENSTEIN, Ludwig (1979). *Tractatus Lógico Philosophicus*. Barcelona: Alianza.

_____ (1988). *Investigaciones filosóficas*. Barcelona: Crítica.





Título: Medicina

Autor: Gustav Klimt

Fecha de la obra: 1907

Autor de la composición a partir de esta obra: Arq. Carolina Míguez Passada

Los procesos de psiquiatrización que se han desplegado cada vez más extendidamente en la niñez uruguaya dan cuenta de la naturalización de una realidad que sólo invisibiliza una absoluta y compleja trama de violencia ejercida sobre una población incapaz de desplegarse, de reivindicarse, de exaltarse, puesto que justo allí, en estas exteriorizaciones en “conductas inapropiadas”, urge el remedio: los psicofármacos. Así, niños y niñas desde los 4 o 5 años están siendo medicados con pastillas de diversos colores, que más bien parecieran caramelos, consumidas por una niñez no tan ajena en sus subjetividades a estas opresiones. Antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, entre otros, hacen gala de un variado abanico de psicofármacos que se utilizan como forma de aquietar sus conductas... y con ello, sus formas de ser, estar, sentir y pensar en una sociedad que tiende a la hegemonía como el bien máspreciado