



PATOLOGIZACIÓN DE LA INFANCIA EN URUGUAY
Aportes críticos en clave interdisciplinaria

María Noel Míguez
Coordinadora

**PATOLOGIZACIÓN DE LA INFANCIA EN URUGUAY:
APORTES CRÍTICOS EN CLAVE INTERDISCIPLINAR**

**María Noel Míguez
Coordinadora**

Patologización de la infancia en Uruguay : aportes críticos en clave interdisciplinar / Jorge Bafico ... [et.al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Estudios Sociológicos Editora, 2015.

E-Book.

ISBN 978-987-3713-08-8

1. Sociología. 2. Infancia. 3. Patología. I. Bafico, Jorge
CDD 301

Diseño de Tapa y Editorial: Juan Ignacio Ferreras

Imágen de tapa: "Infancia medicada" de Mauro Hernández, Digital, 2012.

© 2015 Estudios Sociológicos Editora

Mail: editorial@estudiosociologicos.com.ar

Sitio Web: www.estudiosociologicos.com.ar

Primera edición: julio de 2015.

Hecho el depósito que establece la Ley 11723.

Libro de edición argentina.

El presente libro puede ser descargado desde el sitio web de nuestra editorial.

**PATOLOGIZACIÓN DE LA INFANCIA EN URUGUAY:
APORTES CRÍTICOS EN CLAVE INTERDISCIPLINAR**

María Noel Míguez
Coordinadora

María Noel Míguez
Jorge Bafico
Analía Camiruaga
Adriana Cristóforo
Doris Cwaigenbaum
Débora Gribov
Mauro Hernández
Ana Mosca
Alicia Muniz
Martín Nieves
Lorena Oliver
Javier Palummo
Lucía Sánchez
Daiana Taberna
María José Velázquez

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.

Comité Editorial / Referato

-Carolina Ferrante (Dra. en Ciencias Sociales - UBA. Investigadora post-doctoral CONICYT-FONDECYT, Universidad Católica del Norte).

-Diego Quattrini (Dr. en Ciencias Sociales -mención sociología-, UNCuyo. Becario Post Doctoral CIT - CONICET - Villa María).

-Adrián Scribano (Investigador Principal del CONICET-IIGG-UBA, Director del CIES).

Índice

Prólogo
Gisela Untoiglich.....9

Introducción
María Noel Míguez.....13

PARTE I: PERSPECTIVAS DIVERSAS

Capítulo 1. La dimensión compleja del sufrimiento en la infancia
Alicia Muniz.....19

Capítulo 2. Etiquetas infantiles
María Noel Míguez y Lucía Sanchez.....29

Capítulo 3. Niños inquietos – cuerpos desinvertidos
Adriana Cristóforo.....61

Capítulo 4. Coerción farmacológica y derechos humanos
Javier Palummo.....79

PARTE II: REFLEXIONES SOBRE NUESTRAS EXPERIENCIAS

Capítulo 5. Los niños no atienden pero hablan, ¿los escuchamos?
Jorge Bafico.....93

Capítulo 6. En diálogo con la Dra. Doris Cwaigenbaum.....103

Capítulo 7. Equinoterapia: Cuando lo singular se vuelve terapéutico <i>Martín Nieves</i>	109
Capítulo 8. Problematizando los diagnósticos en la infancia <i>Analía Camiruaga y Ana Mosca</i>	119
Capítulo 9. Educación no formal y procesos de medicalización. Desafíos en la intervención <i>Lucía Sánchez y María José Velázquez</i>	125
Capítulo 10. Medicalización: una mirada desde la escuela <i>Mauro Hernández y Lorena Oliver</i>	133
Capítulo 11. Una infancia definida por el sufrimiento mental y la medicalización de lo social. Estudio analítico-reflexivo de una situación singular <i>Daiana Taberna</i>	147
Capítulo 12. Psicomotricidad. Palabra maleta <i>Débora Gribou</i>	161
Reflexiones finales.....	171
Datos de los autores.....	177

Prólogo

Gisela Untoiglich

Agradezco la invitación a escribir el prólogo de este libro, ya que considero que la construcción de esta obra es un acto político, que se encuentra en la línea sobre la que venimos trabajando ya desde hace más de una década el Forum Infancias, de Argentina, Movimiento interdisciplinario de lucha contra la patologización de las infancias.

Este libro es un tejido colectivo en el cual cada profesional plantea desde una mirada singular la problemática por la cual atraviesa hoy la infancia uruguaya, y de alguna manera, las infancias en general. Si bien en cada país nos encontramos con modos de manifestación de la problemática diferenciales, el mundo occidental se encuentra hoy atravesado por la lógica neoliberal, es decir una sociedad de consumo en la cual educación y salud se transforman en una mercancía más.

En este contexto las prioridades pasan a ser la producción y el consumo y nada debe detenerlos. Los costos que haya que pagar para que el sistema se reproduzca así mismo, se pagan, incluso a costa de la salud de los sujetos y en este caso en particular de los sujetos niños hipotecando su presente y aniquilando el futuro en su diversidad. Por lo tanto, todo aquel que no puede producir de acuerdo a las pautas esperadas por la sociedad tiene un déficit individual de origen preferentemente biológico que habrá que erradicar.

Un grupo de profesionales uruguayos de diversas disciplinas ha decidido poner en interrogación qué está sucediendo con la infancia y presentar respuestas superadoras.

Es así como nos encontramos con la presentación de Alicia Muniz, psicóloga, en la cual intenta problematizar los diagnósticos que acechan a la infancia actual, señalando que toda acción que pretende cercar al todo por un rasgo se transforma en un reduccionismo violento y toda práctica que no puede alojar el sufrimiento humano, se convierte en una práctica desubjetivante. Se propone descentrar al niño del lugar de enfermo, concebir cada subjetividad como la resultante de los entrecruzamientos entre lo intrapsíquico, lo intersubjetivo y las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales. Y nos advierte sobre el canto de sirenas

que produce cierto discurso efectista que intenta acotar los tiempos de escucha, transformando las intervenciones clínicas en protocolos estandarizados que no pueden albergar el dolor, ni tomar en cuenta las diferencias.

Luego, María Noel Míguez y Lucía Sánchez, desde las ciencias sociales, señalan que en la actualidad muchas prácticas se encuentran al servicio de sostener un dispositivo, que tiende a normativizar los cuerpos a través de una estrategia cada vez más generalizada, a saber, el etiquetamiento y medicalización de las infancias. Así aparece el uso creciente de psicofármacos para adaptar a los niños al sistema, que reemplaza la interrogación acerca de qué estamos promoviendo como sociedad para que cada vez haya más sujetos excluidos. Por lo tanto, se construyen diagnósticos-pronósticos que determinan la vida de los sujetos transformando los porvenires posibles en profecías autocumplidas de fracasos ya anunciados.

Adriana Cristóforo, psicóloga, se cuestiona acerca de los efectos de los cambios que se han producido en la sociedad en cuanto al ejercicio de las funciones parentales y cómo esto incide en los procesos de crianza que a su vez genera efectos en la constitución subjetiva de estos niños y se da a ver en la inquietud. Es decir, no se trata de reducir la inquietud a un síntoma individual, sino plantearla como un fenómeno epocal resultante de múltiples complejidades y a su vez se propone deslindar la inquietud como signo principal de un cuadro que se impone en la infancia actual que es el “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” (TDAH).

En estos entrecruzamientos interdisciplinarios nos encontramos con la lectura de Javier Palummo, que desde una perspectiva de derechos humanos denuncia la generalización del diagnóstico de Déficit Atencional y la utilización de algunos psicofármacos como modo de control y disciplinamiento de niños, niñas y adolescentes. Plantea un dato concreto: la importación de metilfenidato (la droga más utilizada en relación al TDAH) en Uruguay pasó de 900 gramos en el 2001 a 17.000 gramos en el año 2007. Por lo tanto la pregunta que se presenta es ¿estamos ante una epidemia o se están utilizando los psicofármacos como instrumento de adaptación al sistema? De ser así se podría pensar esta estrategia como una forma de ejercicio de violencia y abuso sobre la infancia actual.

Jorge Bafico, psicoanalista, señala que la táctica de vender a las personas sanas nuevas percepciones sobre lo que es enfermedad, transforma molestias comunes en trastornos que deben ser erradicados. Así el malestar que el niño expresa a través de la desatención o la hiperactividad se deja de lado y se prioriza el silenciamiento de aquello que ocasiona molestia. Es preciso interrogarse por el anudamiento entre lo individual y lo social que se pone aquí de manifiesto.

Asimismo, la Dra. Doris Cwaigenbaum, desde la psiquiatría, propone que no todas las alteraciones de los procesos psíquicos de los niños se deben a desbalances químicos y que la medicación debería formar parte de una estrategia amplia, nunca un modo aislado de intervención y mucho menos el único. Para esto es necesario preguntarse cómo posibilitar que la escuela sea un espacio para aprender a pensar, a sentir, a escuchar el cuerpo entrelazado con los sentimientos.

Avanzado el libro, Martín Nieves, desde la equinoterapia propone un proyecto que habilita otras formas de encuentro y de armado de vínculos que prioricen la confianza en el otro, la construcción de nuevas oportunidades que posibiliten salir de los prejuicios de lo que se espera de los niños categorizados con déficit intelectual, y generar junto a ellos novedosas herramientas.

Analia Camiragua y Ana Mosca, psicoterapeutas psicoanalíticas, nos recuerdan la advertencia de Marcelo Viñar quien afirma que una taxonomía sin sujeto, promovida por una psiquiatría despersonalizante, ocasiona consecuencias catastróficas que observamos diariamente en la clínica. Es ahí cuando el acto de diagnosticar puede atentar contra los procesos de subjetivación generando efectos iatrogénicos. Es necesario entonces andar con cautela sin atrincherarse en certezas que “salvan” a los profesionales, mientras hunden a los niños.

A partir de la experiencia de la educación no formal, Lucía Sánchez y María José Velázquez se preocupan por el apuntalamiento de los niños y jóvenes en el sistema educativo, comprendiendo a cada uno como un sujeto activo y protagonista de sus decisiones, pero, a su vez, apostando a una diversidad que nos enriquece a todos, en tanto y en cuanto posibilemos la construcción de mundos habitables en la diversidad.

Más adelante, Mauro Hernández y Lorena Oliver, desde el interior de la institución escolar plantean que la escuela es una de las instituciones encargadas de disciplinar y homogeneizar las diferencias. A partir de esta perspectiva, muchas veces, selecciona a los niños que no se adecuan al sistema, los tipifica, los deriva al profesional conveniente y así el niño vuelve a la escuela con su etiqueta correspondiente. Esta práctica impotentiza a la comunidad educativa, ya que la deja sin posibilidad de crear respuestas propias. Entonces, los autores proponen la revalorización de la escuela como práctica emancipatoria que posibilite a los niños y a los actores educativos a crear estrategias que quiten al niño y a la institución del lugar del déficit, restituyendo al docente a su función educativa para todos los alumnos, que por su condición de niños tienen derecho a ser educados.

Daiana Taberna, trabajadora social, propone cuestionar las prácticas que ya no esperan ni apuestan nada en los casos de los niños que concurren a “escuelas

especiales para discapacidad intelectual”, que por otra parte señala que con frecuencia, se trata de niños con problemas conductuales de familias de contextos vulnerables, para los cuales quizás la escuela podría ser una oportunidad pero que sin embargo, se transforma en un lugar de sujetamiento a través de la estrategia psicofarmacológica y la desesperanza. Sólo se podrá revertir este proceso a través de la revisión y construcción de abordajes colectivos que puedan dar respuesta a una infancia sufriente.

Finalmente, Débora Gribov, psicomotricista, nos recuerda a Foucault cuando plantea como la creciente especialización de la medicina en disciplinas diferenciadas y aisladas, se encuentra al servicio de desmenuzar los cuerpos, para transformarlos en sujetos dóciles, utilizando los tests como herramientas privilegiadas al servicio de la *tecnología del poder*. Por lo tanto los cuerpos son constructos atravesados por cuestiones orgánicas, afectivas, sociales, políticas e ideológicas que implican constantes transformaciones y resignificaciones. Es preciso entonces problematizar la interdisciplina que está al servicio de la adaptación del humano a lo que la sociedad de consumo espera de él y proponer una integración de lo humano que respete la diversidad.

Celebro la llegada de este libro como construcción colectiva, la profundización de las controversias, el planteo de interrogantes que ponen en cuestión las verdades naturalizadas que intentan transformar en discurso científico dispositivos atravesados por la ideología del consumo, que invariablemente están al servicio de un juego de poder que no siempre está visibilizado. Los invito a sumergirse en su lectura y a construir en forma conjunta otros modos de alojar la infancia, en el cual haya espacio para la diversidad y para los sueños.

“Todo aquel que vive bien despierto sueña mucho, tiene una carga onírica particularmente densa. ¿Por qué no creer, entonces, que la relación recíproca es también válida, y que hace falta soñar mucho –es decir, aceptar y asumir los sueños- para vivir cada vez más despiertos?” (Cortázar, J. *apud* Bernárdez y Álvarez Garriga, 2014).

Introducción

María Noel Míguez

Hace casi dos años, en el marco de una jornada realizada por la Facultad de Psicología sobre medicación con psicofármacos en la infancia en Uruguay,¹ se comenzó un intercambio para repensar esta temática en el hoy día. La propuesta era generar un producto concreto que diera cuenta de una procesualidad y devenir cronológicos de la primera investigación llevada adelante por el Grupo de Estudios sobre Discapacidad (GEDIS), titulada “Los hijos de Rita Lina”, del año 2005 (publicada en el año 2009), y la posterior “La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya”, tesis doctoral de quien suscribe, del año 2010 (publicada en el año 2011). A partir de esta propuesta inicial, comenzó un viaje de construcción colectiva que dio espacio al producto que aquí se presenta.

Los procesos de medicalización en la infancia uruguaya, y en su materialización más sustancial como lo es la medicación con psicofármacos, sigue siendo un tema de absoluta relevancia para su deconstrucción analítica desde lo social. Lo social entendido como completud abstracta y concreta de problemas que se generan en lo societal, en la procesualidad dialéctica entre el ser particular y el ser genérico. Por ende, en ello comprendido la vastedad de saberes, miradas disciplinares, prácticas de intervención, etc. que trascienden la mirada unidireccional de un fenómeno. Analizar la medicación con psicofármacos en la infancia uruguaya sigue siendo un tema social en ese sentido, en tanto resulta un fenómeno complejo, con diversas aristas que lo transversalizan y que pretender dar cuenta del mismo solamente con un solo par de lentes, por el ojo de una cerradura, sólo hace reducirlo, cristalizarlo y naturalizarlo.

Por ello, se planteó esta mirada desde lo social, y la potencialidad del encuentro de diversas lecturas que dieran espacio a un pensamiento colectivo, que fluyera, que deviniera por momentos en contradicciones y por otros en acuerdos sustanciales. De esta manera, se fue consolidando un grupo heterogéneo

1 Mesa Redonda: “*Qué pasa con nuestros niños: medicación y patologización de la infancia*”. Facultad de Psicología, UDELAR, realizada el 20 de Agosto de 2012. Coordinadora: Adriana Cristóforo.

de investigadores e investigadoras en torno a la temática que fueron construyendo desde sus singularidades planteos colectivos, y viceversa, que dieron cuenta de un peregrinaje de algo más de un año por miradas desde la Psicología, desde el Trabajo Social, desde la Psiquiatría Infantil, desde la Psicomotricidad, desde la Pedagogía, desde el Derecho.

Más allá el encuentro fue también en marcos teórico-metodológicos y epistemológicos con relación a la delimitación del objeto a través de la razón dialéctica, la conjunción de saberes adquirió su mayor riqueza en lo ético-político. Desde las diversas formas de mirar, el contenido esencial fue para todos y todas el mismo: la condición de sujeto de derecho y ser en su ontología de esta infancia uruguaya que hoy sigue siendo medicada con psicofármacos casi como la primer (y muchas veces única) solución. Configurarse colectivamente una infancia irradiada de lecturas prenacionadas, condicionantes, paralizantes, resultó el motor de estímulo para cada uno de nosotros y nosotras en este proceso de deconstrucción analítica de una temática que ha generado y genera rispideces varias.

El título al que finalmente se llegó luego de varios debates sumamente interesantes que dieron cuenta de las diversas formas de mirar la temática, fue *“Patologización de la infancia en Uruguay: aportes críticos en clave interdisciplinar”*.

Por ello, más allá la lógica de exposición que se optó por llevar adelante da el espacio a capítulos escritos en su mayoría individualmente, los encuentros colectivos para pensar y repensar la temática fue generando idas y vueltas en las singularidades, ahora trascendidas en un colectivo heterogéneo, enriquecido, productor y producto de un proceso de delimitación analítica que nos encontró pensándonos y repensándonos en nuestras prácticas cotidianas, en nuestras individualidades, en nuestros pensamientos singulares.

De ahí que eligiéramos plasmar este producto en un material que diera cuenta de partes que se retroalimentan. Por una lado, una primera parte de corte más teórico, abstracto, convergente en el plano del pensar desde diversas miradas disciplinares (Psicología, Derecho y Trabajo Social). Por otro lado, una segunda parte de corte más empírico, concreto, por momentos divergente en el plano del ser, también desde diversas miradas disciplinares (Psicomotricidad, Psicología, Pedagogía, Psiquiatría, Trabajo Social).

Así, se fue consolidando este producto que en su lógica de exposición está compuesto por una primera parte titulada *“Perspectivas diversas”*, que lleva en sus entrañas cuatro capítulos que apelan a la reflexión teórica de este fenómeno, a saber: *“La dimensión compleja del sufrimiento en la infancia”*, de Alicia Muniz;

“Etiquetas infantiles”, de María Noel Míguez y Lucía Sanchez; *“Niños inquietos – cuerpos desinvertidos”*, de Adriana Cristóforo; y *“Coerción farmacológica y derechos humanos”*, de Javier Palummo. De la mano de la Psicología, el Trabajo Social y el Derecho, se hace un recorrido teórico por el que se compone y descompone el fenómeno desde diversas aristas, que llevan al lector por espacios donde confluye lo subjetivo y lo objetivo, lo concreto del ser particular y lo abstracto del ser genérico, discursos y hechos, lecturas dadas y entendidas que producen y reproducen nuevas maneras de iluminar la temática.

Esta primera parte da cabida a una segunda parte, como se planteó, de carácter más empírico, titulada *“Reflexiones sobre nuestras experiencias”*. En la misma se encuentran y desencuentran miradas en torno al fenómeno, con cortes más disciplinares, que habilitan al diálogo entre unos y otros. Así, se materializa en escritos, formas de intervenir, prácticas disciplinares, maneras de analizar la temática, de su producción y reproducción en lo societal. Los capítulos que dan cuerpo y contenido a esta segunda parte son: *“Los niños no atienden pero hablan, ¿los escuchamos?”*, de Jorge Bafico; *“En diálogo con la Dra. Doris Cwaigenbaum”*, entrevista llevada adelante por el equipo de investigación; *“Equinoterapia: Cuando lo singular se vuelve terapéutico”*, de Martín Nieves; *“Problematizando los diagnósticos en la infancia”*, de Analía Camiruaga y Ana Mosca; *“Educación no formal y procesos de medicalización. Desafíos en la intervención”*, de Lucía Sánchez y María José Velázquez; *“Medicalización: una mirada desde la escuela”*, de Mauro Hernández y Lorena Oliver; *“Una infancia definida por el sufrimiento mental y la medicalización de lo social. Estudio analítico-reflexivo de una situación singular”*, de Daiana Taberna; y *“Psicomotricidad. Palabra maleta”*, Débora Gribov. Así se encuentran miradas heterogéneas en lo disciplinar, pero también en lugares y formas de intervención, en historias y experiencias vividas, algunos/as con larga trayectoria en campo otros/as con la mirada fresca como de quien llega hace relativamente poco. Pluralidad de enfoques que permiten al lector hacer un recorrido de experiencias, reflexiones, lecturas, apropiaciones singulares y colectivas, que sustancializan un espacio territorial y un momento histórico determinado.

En esta lógica de exposición se verá una heterogeneidad, también, en las formas de escribir, tan personales de unos y otros, atravesados por saberes e interiorizaciones analíticas que llevan a diferenciar el género, a escribir en primera persona del singular, del plural, en impersonal, etc., en fin, a dejar en la forma de escribir una manera de ser y estar en sociedad, de expresarse y de mostrarse, más allá de las debidas “pautas de publicación” tomadas en cuenta.

Como coordinadora de la investigación, pero fundamentalmente, como parte conformante de este valioso equipo de investigadores e investigadoras que puso el pensamiento nuevamente en esta temática desde lo social en el Uruguay, se invita a los lectores a dejarse llevar por las líneas escritas, a reflexionar en torno a la misma, a desnaturalizarla, a complejizarla, a deconstruirla. Porque se sigue creyendo, más aún luego de este trabajo colectivo, que la mejor manera para evitar reproducir prácticas que generan dolor en lo social y lo subjetivo es plasmar en palabras, desplegar en ideas, generar espacios de reflexión que habiliten a pensarnos y repensarnos en lo que somos como sociedad, en lo que quisiéramos ser y hacer, y cómo quisiéramos ser reconocidos individual y colectivamente.

PARTE I:
PERSPECTIVAS DIVERSAS

Capítulo 1

La dimensión compleja del sufrimiento en la infancia

Alicia Muniz

Introducción

El aumento de diagnósticos por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad es un tema que preocupa a la psicología infantil desde hace varios años, por los efectos que presenta en los modos de subjetivación que genera un diagnóstico que involucra todas las áreas de la vida de estos niños (Míguez, 2010).

Uno de los aspectos más sensibles se relaciona con las dificultades de integración y adaptación a los ambientes cotidianos, como lo son las actividades familiares y escolares.

Se observa, asimismo, que la indicación farmacológica es tomada como tratamiento princeps del trastorno, dejando de lado abordajes terapéuticos que involucran los aspectos intrapsíquicos del niño tanto como los intersubjetivos teniendo en cuenta la complejidad de la trama subjetiva.

No obstante, las referencias respecto a la incidencia que el diagnóstico y la indicación farmacológica tienen en la vida familiar y social del niño escolar más allá del rendimiento curricular, son escasas al menos para la región.

Descentrar al niño con TDAH del lugar del enfermo o bien, problematizar el sentido que el trastorno tiene para la familia, sus compañeros de aula y docentes es una tarea que se vuelve fundamental a la hora de indicar un tratamiento psicológico. Esto podrá aportar a la estrategia terapéutica descentrando el diagnóstico de “trastorno” ampliando la perspectiva terapéutica.

A partir de la clínica, donde el apoyo familiar es fundamental en la evolución de estos niños que requieren de un tratamiento específico, se insiste en la preocupación por evitar fijarlos en el lugar de la enfermedad.

En Uruguay se señala un aumento desmedido del uso del Metilfenidato (Palummo, 2012) en niños así como la ausencia de terapéuticos de abordaje vincular que posibiliten a la familia tramitar los conflictos relacionados con el llamado “trastorno” del niño. Asimismo, la concepción de subjetividad de la que se parte, entramada en una red vincular, hacen pensar en la importancia de un

abordaje complejo de situaciones que de no hacerlo corren el riesgo de quedar coaguladas subsumiendo la identidad del niño.

Autoras referentes desde el Psicoanálisis como Piera Aulagnier (1975) y Silvia Bleichmar (1993) han teorizado largamente sobre la constitución del psiquismo del *infans* fundamentando que el psiquismo infantil se funda en interacción con la madre -a quien se denominará como otro- que decodifica e imprime sentido ya en los primeros momentos de la vida. Así se incluye la dimensión intersubjetiva en la constitución del psiquismo que varios autores han tomado haciendo hincapié en la noción de vínculo.

Berenstein y Puget (1997) –véase también Berenstein (2004)- han trabajado largamente el concepto de vínculo caracterizándolo como extraterritorial, sin pertenencia a ninguno de los términos integrantes del vínculo, generador de un espacio llamado “entre” que produce subjetividad en los sujetos del mismo.

Es imposible no pertenecer a un vínculo desde el inicio mismo de la vida, y de los avatares de esa misma pertenencia dependerán las posibilidades saludables o insanas que ese vínculo despliegue. En tal sentido, incluir el estudio de los vínculos intrafamiliares cuando un niño es diagnosticado desde constructos psiquiátricos, incluyendo las características del contexto actual de la postmodernidad – hipermodernidad para otros-, o de la vida líquida al decir de Bauman (2002), implica integrar una visión compleja del asunto a estudiar. Si concebimos la subjetividad armada en múltiples espacios superpuestos (el intrapsíquico, lo intersubjetivo y las condiciones actuales de producción sociales, económicas y culturales) toda acción reduccionista que pretenda nominar el todo por un rasgo, parece ser un exceso de violencia.

Las instituciones vinculadas al desarrollo y cuidado de la infancia, como ser la escuela y el sistema sanitario, caen en prácticas desubjetivantes en tanto exigen un diagnóstico cerrado frente a lo que le pasa al niño, lo que podrá producir tanto alivio como incertidumbre en el paciente y su entorno.

Condiciones de vida – condiciones vitales

La vida cotidiana actual presenta una singularidad marcada por la superficialidad del contacto mediatizado por las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) que ofrecen la ilusión de estar en permanente conexión con alguien. Esto ha facilitado el pasaje de la vida privada (incluso íntima) al espacio público, escenificando para otros la propia vida como en un permanente *reality show*. Se rinde culto a la eficiencia, al éxito, a la belleza y a la juventud desmintiendo el paso del tiempo, el necesario fracaso para aprender así como el

valor de la experiencia como acumulado de vida. Adultos exigidos, adolescentes desorientados y niños trastornados pueblan los consultorios de especialistas del ámbito de la Medicina, la Psicología, la Psicopedagogía y otros que ofrecen algún tipo de medicina, técnica o sanación para los males de la época.

El adulto teme quedar por fuera del sistema (económico, claro está), volver a caerse como en épocas de crisis recientes, ante lo cual se aferra a las normas que son pautadas por la libre competencia y las leyes del mercado. Ingieren drogas para rendir más e ingieren drogas para parar y poder descansar. Los adolescentes han perdido las esperanzas en un mundo que se ofrece como poco atractivo y reniegan de los modelos que ofrecen los adultos ya que no han perdido la capacidad de ver el sufrimiento que la vida imprime día a día a los adultos de referencia.

Reiteran frases como *“yo no quiero ser como vos”, “¿para qué laburar tanto?”* y luchan con todas sus fuerzas por no parecerse a sus padres. A veces lo logran y allí se ubica la llamada Generación Y con un sentido del trabajo y del éxito muy diferente al de las generaciones que le precedieron. Otras veces caen en los mismos parámetros y se angustian por conseguir el mejor trabajo que recompense el sacrificio hecho mientras que otros quedan por fuera de todo sistema educativo, laboral, familiar, los llamados *“ni-ni”*.

Estas condiciones han facilitado la medicalización de la vida permitiéndole entrar fácilmente al discurso médico para sanar de los males comunes. Esto no tiene que ver con la prevención y las campañas de salud, sino que se vincula con la creación de estados insalubres o enfermedades relacionados con los problemas de la vida misma. ¿Qué espacio se le adjudica a la tramitación de un duelo o al estar triste o desganado frente a una frustración o pérdida? ¿Qué posibilidades hay de tramitar mediante un repliegue narcisista aquello que provoca dolor como el diagnóstico de una enfermedad o la ausencia de un ser querido? Rápidamente aparecen panaceas para continuar, no hay lugar ni para resfriarse, sino que hay que reintegrarse lo antes posible a la vida productiva. Los vínculos se han distanciado, desapegado por el propio estilo de vida, por lo que las visitas, las charlas con amigos, las vacaciones se han postergado para algún momento que ya llegará. Mientras estos solían ser los curativos más eficaces a los males de la vida, ahora se propone un rápido alivio efervescente para no detenerse-a pensar...

La vida se ha prolongado en unos cuantos años, lo que ha llevado también a extender la adolescencia hasta más allá de los treinta. Paradójicamente, las nuevas leyes laborales del mercado amenazan a quienes promedian los cincuenta años con un retiro en nombre de la flexibilización creando contradicciones que la mente no puede asimilar: ser joven pero obsoleto a la vez. Las empresas han pasado

del despido de sus empleados veteranos a buscar gerentes jóvenes para volver a las gerencias de cabello blanco, creando condiciones tan cambiantes según el discurso de moda, que desestabiliza cualquier plan de jefe de familia.

Al decir de Marc Augé (2014): ¿El miedo a la vida habría remplazado hoy al miedo a la muerte? Bajo estos parámetros se generan padres y madres que imprimen a las funciones parentales un discurso que no siempre pone a salvo a niños y niñas. Los más pequeños también han devenido consumidores, no sólo de juguetes (que se asimila a lo más específico de la infancia), sino de ropa (haciendo hincapié en cada edad y cada sexo), de alimentos para crecer más lindos, inteligentes y saludables, y también de medicinas para controlar aquello que se desborda de las regulaciones.

Se abre así una pregunta: ¿los niños son diferentes ahora porque los padres han fallado o estas condiciones de subjetivación producen niños diferentes? Posiblemente ni una cosa ni la otra, sino que padres e hijos se han producido en torno a condiciones diversas que presionan por ajustarse a lo establecido considerando como falla (déficit) todo lo que se aparte de ese esperable.

Se crean necesidades que se confunden con el deseo, que no van a poder satisfacerse nunca porque siempre asoma una nueva propuesta a la que aspirar. Se confunde el ser con el tener, se accede más a obtener cosas pero para ello hay que trabajar más y por ende apartarse más de los afectos en busca de una mayor producción. No se puede mirar el Mundial en el mismo televisor, no se puede participar si no se tiene un teléfono de última generación, no se sabe de qué se habla si no se comparten estos códigos de consumo, arriesgando el ser a una desexistencia. Bien lo describen los adolescentes cuando dicen “*no existís*” aludiendo a no estar informado de algo o no participar en alguna red.

Familia e instituciones

Retomando la cuestión de las funciones parentales, se observa un vacío en las funciones de sostén y de corte que tan necesarias son para la constitución del psiquismo del hijo. Padre y madre se sienten vulnerados por exigencias del mercado, en busca de espacios de gratificación personales o profesionales que no siempre llegan en tiempos de crianza de los hijos. Los vínculos se tornan más frágiles, se disuelven las uniones de alianza e incluso se observan los efectos de las migraciones económicas provocando distancias entre madre o padre con sus hijos.

Padres temerosos de no poder, caídas en la depresión que reubica a los niños en el lugar del cuidado y sostén del adulto. Los lugares se intercambian, las diferencias

generacionales se borran, se precipitan los procesos de constitución subjetiva. Los niños suelen acallar su sufrimiento en cuanto perciben la imposibilidad de los adultos para contener su dolor, su temor, por lo que los transforman en acción produciendo así alteraciones en las conductas o somatizando.

Simultáneamente, asoman experiencias que pujan por sostener los cambios desde nuevos paradigmas educativos y sanitarios, sostenidos por padres y madres jóvenes que buscan asumir y compartir las funciones de corte y sostén.

Se producen familias de las más diversas formas: monoparentales, reconstituidas, ensambladas, homoparentales, con la misma aspiración de crianza que la familia tradicional. Se discute actualmente a propósito de las nuevas regulaciones matrimoniales acerca de las consecuencias en el desarrollo que podrían tener los hijos criados por familias constituidas por personas del mismo sexo. Parece un exceso nominar a la familia con un calificativo que la recorta y señala, ya que lo esencial es que las funciones de sostén y de corte estén garantizadas por los adultos a cargo más allá de las uniones e identidad de los individuos que la componen.

El lugar de hijo deberá estar garantizado por las funciones que padres y madres ejerzan según la singularidad de cada grupo. Ello implica ser investido con sentidos, expectativas, mandatos y discursos íntimamente ligados al contrato narcisista entre el grupo que lo recibe y el nuevo integrante. Luego habrá de realizar un arduo trabajo para tomar este legado a la vez que escribir una historia propia a su manera. El niño recibe un nombre, nominación que lo marca distinguiéndolo o asimilándolo a un fantasma transgeneracional, que deberá portar en forma original para desmarcarse de lo previo sin dejar de pertenecer a esa familia.

Estos avatares no se recorren sin un monto de sufrimiento, inestabilidad, temores y frustraciones propias de la vida en común.

Hay niños que son traídos a la consulta porque quieren cambiar el apellido de su padre a quien no conocen por el de su padrastro, padre del hermano, a quien reconocen en la función paterna. O sea que son niños que adoptan, por así decirlo, al padre que invisten en la función, despojándose de una nominación que no quieren continuar soportando, haciendo coincidir además lo fraterno reconociéndose en su hermano como pertenecientes al mismo origen.

Actualmente, las parejas podrán elegir qué apellido va en primer lugar, si el de la madre o el padre, operación que mueve los instituidos que hasta el momento ordenaban la identidad de los ciudadanos, dejando en evidencia muchas veces los avatares del origen de ese sujeto.

Estas familias participan de otras instituciones a las que aportan y de las que reciben mensajes en forma permanente. La salud y sus discursos aparecen

como coprotagonistas ineludibles en la vida de los niños ocupando espacios cada vez más amplios sustentados por políticas sanitarias que, mientras tienden a la universalización e integralidad de las acciones, conviven con prácticas estigmatizantes. Es decir, que mientras se trabaja fuertemente en la prevención de males endémicos y cronificación de consecuencias negativas para la salud de los más jóvenes, abundan prácticas de diagnóstico y estigmatización en lo que a la salud mental se refiere. Se habla de ventanas de oportunidad para el desarrollo del niño, no sólo accesibles en la primera infancia, sino también en la etapa escolar, a la vez que se diagnostican “trastornos” cada vez a más temprana edad; diagnósticos que los dejan instalados en el lugar de la enfermedad.

Se impone el Paradigma del Déficit, al decir de González Castanón (2001), en tanto déficit implica una descripción cuantitativa de un objeto comparado con un modelo previo. Ello implica que la reposición y restitución de lo que falta son las estrategias elegidas para igualar, normatizar a ese sujeto en déficit.

Si se piensa en clave de diferencias, las acciones irán en sentido de la inclusión de lo diverso, tolerancia a lo singular, respeto por las individualidades, generando así estrategias y políticas de subjetivación bien diferentes. Lo que no se ajusta ya no habrá que normatizarlo, sino que comprenderlo en un contexto complejo.

Las instituciones educativas no han quedado por fuera de la afectación producida por los cambios epocales. Han pasado a ocuparse de cuestiones para las que no fueron pensadas a partir de la caída de las funciones que tradicionalmente detentaban las familias. Los docentes sufren porque no están preparados para trabajar con niños diferentes, las escuelas no siempre tienen éxito en la búsqueda de soluciones dentro de la misma institución, las familias quedan en soledad frente a la exclusión del niño problemático. Se genera una práctica nueva que es la de recortar el horario del niño en la escuela cuando su permanencia provoca desestabilización en el grupo y/o en la función docente. A su vez, aparecen reacciones desmedidas frente a acciones de los maestros por parte de padres o madres. Se desplaza la violencia social a la escuela y al aula.

En las instituciones educativas poco se tolera la diferencia entre los alumnos, aquellos que serán medidos por el mismo programa en términos de éxito o fracaso del aprendizaje. ¿Acaso el aprendizaje tiene un solo camino de acceso? ¿Acaso todos llegan de la misma forma y en el mismo tiempo a ese territorio a conquistar? Definitivamente la respuesta es no. Por lo tanto queda mucho por hacer en torno a las estrategias educativas pero sobre todo en la formación de los docentes, actores de primera línea en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Abordajes clínicos de la infancia y adolescencia

Realizar un diagnóstico psicológico es un buen punto de partida. Esto significa que un diagnóstico no debería ser un punto de llegada que cierre posibilidades de comprensión.

Suele confundirse diagnóstico con etiqueta o certeza en base a algunos elementos analizados para un momento dado.

Diagnosticar significa conocer a través de estrategias clínicas para las que se utilizan herramientas específicas. Significa, además, dar sentido a una cierta demanda que se desplegará o se construirá en el encuentro clínico inaugural.

Por alguna razón escasamente argumentada, se arriba a diagnósticos saltando algunas etapas del proceso necesario para comprender el significado que el síntoma tiene para el niño y para su familia. Así como ese niño o niña han devenido parte de una familia que ha depositado un sinnúmero de atribuciones, la sintomatología también se encuadra en un repertorio de intercambios vinculares. Son discurso sin palabras, a veces desencarnadas de ese Yo del niño que se muestra tironeado entre la conflictividad familiar y la exigencia escolar. Cuando se diagnostica a un niño con uno de los llamados trastornos, se lo hace desde un lenguaje común, el de los manuales, pero que nada tiene que ver con la singularidad de ese niño y de ese grupo familiar.

Tal como se expresara en otra publicación (Muniz, 2013), la concepción que los técnicos tengan acerca de las condiciones de producción de subjetividad da elementos para establecer hipótesis acerca de las razones del enfermar y acerca de las estrategias más adecuadas para intervenir en ese sufrimiento para producir alivio y bienestar con el fin de potencializar las capacidades sociales, cognitivas y afectivas del sujeto. Elegir una u otra línea terapéutica no es indiferente, ya que reducir la complejidad del psiquismo a su expresión neurobiológica es altamente riesgoso en tanto demasiadas dimensiones quedan por fuera. Perder de vista el papel que los vínculos, el lugar de ese niño para sus padres, en la fratría, en la escuela, así como las condiciones sociales y las expectativas culturales forman parte de ese diagnóstico situacional, imprescindible para el abordaje complejo de la situación y no ya del comúnmente llamado “caso”.

En acuerdo con la Dra. Untoiglich (2011), las categorías de salud y enfermedad son producto de un tiempo y valores sociales. A ello se le suma la dimensión histórica de la vincularidad intrafamiliar, ya que se han encontrado correlaciones entre modos disfuncionales de la familia y la presencia de eventos traumáticos en niños diagnosticados por TDA como en sus padres.

Se entiende en tal contexto, que la explicación unívoca de los circuitos neuronales para definir el trastorno es insuficiente, ya que la forma en que se ha internalizado la experiencia tiene directa relación con las formas de procesamiento de la conflictividad intrafamiliar.

Un abordaje clínico debería desplegar la mayor cantidad de niveles para la comprensión de la situación que se presenta, abriendo espacios de pensamiento más que cerrando posibilidades de conocimiento. La experiencia va demostrando que cuanto más se ha trabajado menos certezas hay.

Cabe advertir aquí a los jóvenes clínicos acerca del seductor discurso hegemónico que propone reduccionismos que están al servicio de un sistema de salud que a pesar de los esfuerzos, aún sigue mostrando sus falencias operativas. Acortar los tiempos de escucha dado el exceso de la demanda no mejora la atención sino que automatiza el trabajo clínico que tiene más de artesanal que de manual.

Preguntarse acerca de qué infancia llega a la consulta y acerca de qué adolescencia se produce hoy se hace imprescindible dada la discrepancia entre los textos y las operatorias de intervención. En primer lugar, está la clínica, luego su teorización. Pero si se abdica en favor de los manuales que generan la ilusión de una rápida respuesta a las necesarias preguntas que no siempre hay que responder, se subvierten los términos: primero el manual y luego el sujeto.

Untoiglich (2013) afirma que en la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz, justamente porque la clínica con niños es un camino de hipótesis diagnósticas que forman parte del proceso de cura, pero que no deben constituirse en una marca indeleble en la vida de ese niño. No debe tener un efecto coagulante para sí mismo ni para quienes lo miran, lo invisten diariamente. Preguntarle si tomó la pastilla o si sigue en terapia es un acto violento que no lo reconoce en su dimensión de niño, sino de enfermo.

Cuando un niño se nomina a sí mismo como “soy ADD” o “disléxico” o un “TOC” difícilmente podrá salir de ese lugar ya que muchas veces es el único lugar posible para ser visto. El clínico no debería plegarse a ello, sino cuestionarlo, abrirlo al resto de su identidad. Algunas veces son los mismos padres quienes traen un discurso medicalizado respecto a lo que le pasa al niño, defensa ante la insoportable angustia que causa el pensarse como responsables de lo que le sucede a ese hijo tan amado. Desarmar este sistema de creencias, mitologías vinculares y relatos basados en la desmentida no es un trabajo sencillo para los padres que sienten desmoronarse su vida al cuestionar el relato.

Al diagnosticar al niño como un “trastorno” se lo deja solo a cargo de lo que le pasa, se exige a los padres del necesario trabajo de pensar lo que les sucede y se dicta sentencia acerca de lo que le pasa y su justificación basada en la biología incierta. Se evita así el trabajo de circulación de lo enfermo (que muchas veces es vivido como locura) entre los miembros de la familia, ubicando el mal en el niño.

Bibliografía

- AUGÉ, M. (2014). *Los nuevos miedos*. Buenos Aires: Paidós.
- BAUMAN, Z. (2002). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Paidós.
- BERENSTEIN, I. (2004). *Devenir Otro con Otro(s)*. Buenos Aires: Paidós.
- BERENSTEIN, I. y PUGET, J. (1997). *Lo Vincular*. Buenos Aires: Paidós.
- BLEICHMAR, S. (1993). *La fundación de lo inconsciente*. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu.
- CASTORIADIS-AULAGNIER, P. (1975). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu
- COREA, C. y LEWKOWICZ, I. (1999). *¿Se acabó la infancia? Ensayo sobre la destitución de la niñez*. Buenos Aires: Lumen/Humanitas.
- FARAONE, S., BARCALA, A., BIANCHI, E. y TORRICELLI, F. (2009). “La industria farmacéutica en los procesos de medicalización / medicamentación en la infancia”. *Revista Electrónica Margen* N° 54. Disponible en: <http://www.margen.org/suscri/numero54.html>. Fecha de consulta, 29/05/2015.
- GOMEL, S. y MATUS, S. (2011). *Conjeturas psicopatológicas. Clínica psicoanalítica de familia y pareja*. Argentina: Psicolibro.
- GONZÁLEZ CASTAÑÓN, D. (2001). “Retraso mental: nuevos paradigmas, nuevas definiciones”. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría* N° 12. Disponible en: <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex42.pdf> - page=28. Fecha de consulta, 29/05/2015.
- MÍGUEZ, M. N. (2010). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- MUNIZ, A. (2013). “Abordajes de las problemáticas actuales en la infancia”. *Rev. Psicología Conocimiento y Sociedad* Vol. 3, N° 2.
- PALUMMO, J. (2012). “¿Medicalización como disciplinamiento?”. *Revista de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay* N° 239, pp. 19-25.

- TIZÓN, J. (2007). “El ‘niño hiperactivo’ como síntoma de una situación profesional y social: ¿Mito, Realidad, Medicalización?”. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, monográfico 2. Disponible en: http://europa.sim.ucm.es/compludoc/GetSumario?r=/S/10811/16958691_3.htm&zfr=0. Fecha de consulta, 29/05/2015.
- UNTOIGLICH, G. (2011). *Versiones actuales del sufrimiento infantil*. Buenos Aires: Noveduc.
- _____ (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz*. Buenos Aires: Noveduc.
- VASEN, J. (2009). *El mito del niño bipolar*. Buenos Aires: Noveduc.

Capítulo 2

Etiquetas infantiles

María Noel Míguez y Lucía Sanchez

Introducción

“Él es el revolucionario... ya está como etiquetado. El tema es ese. Nosotros queríamos lograr que no lo etiquetaran, pero lamentablemente lo etiquetaron. Entonces, hay un problema, es él, sea o no sea...”

(Madre niño medicado de 7 años de Colegio Privado.
Entrevista realizada en abril de 2014)

“Quizá si pensás para atrás en otras épocas no se hacían estos diagnósticos quizás la persona iba a seguir pasando sin saber, sin nombres. Los nombres también encasillan a las personas. Es el otro lado de la moneda”

(Directora Colegio Privado.
Entrevista realizada en abril de 2014)

Corre por la web un spot sobre etiquetas psiquiátricas infantiles, el cual cierra diciendo “*Déjenlos elegir sus propias etiquetas*”. Éste se entiende resulta el punto clave y que debería ser el determinante a la hora de diagnosticar, medicar y pronosticar: que cada ser singular tenga el derecho a elegir su(s) propia(s) etiqueta(s). Cuando desde la infancia se etiqueta a niños y niñas con trastornos, patologías, diagnósticos, etc. desde lo psiquiátrico, sin dejar el margen al proceso singular de superación de pronósticos prenocionados, el *campo de los posibles*¹ se constriñe. La etiqueta pasará, así, a ser el punto de encuentro y forma de nombrar y reconocer a ese sujeto concreto.

1 “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).

El presente capítulo da cuenta de una de las deconstrucciones teórico-abstractas y analítico-reflexivas, desde una mirada de lo social, en torno a la temática de la medicación con psicofármacos en la infancia uruguaya. Se lo tituló “Etiquetas infantiles”, en tanto da cuenta de la temática que se intenta comprender y trascender analíticamente mediante la escucha atenta de discursos de diversos actores implicados y rodeos en el plano del ser y del pensar llevados adelante por las autoras.

De este modo, se intenta dar cuenta sintéticamente de esta procesualidad en torno a la temática, lo devenido en esta década de importantes cambios para el país, ya sea desde lo político, lo económico, lo social, lo cultural y lo simbólico. Se entiende que ésta continua siendo una temática interesante a seguir pensando y repensando, para poder avanzar en la desnaturalización de formas y contenidos que dan cuenta de marcas que han ido generando profundas huellas en la infancia uruguaya de la última década.

Tal naturalización así como la ausencia de reflexión y compromiso de acción pueden conducir a la “des-afección’ de la sociedad respecto a una temática por demás compleja e importante, produciendo un ‘estado de aguante’ de la fuente de dolor, generando el permanente ‘me da lo mismo’, es decir, elaborando un contexto perceptual de aceptación del dolor” (Scribano, 2007: 7).

Para llevar adelante el presente capítulo se delimitó el objeto a partir de la matriz histórico-crítica de la mano de Jean-Paul Sartre, a través del método progresivo-regresivo, el cual habilitó a introducir la procesualidad dialéctica desde lo universal, particular y singular: “El método progresivo: se trata de encontrar el movimiento de enriquecimiento totalizador que engendra a cada momento a partir del momento anterior, el impulso que parte de las oscuridades vividas para llegar a la objetivación final, en una palabra, el proyecto” (Sartre, 2000: 116).

El existencialismo le otorga a la subjetividad de los individuos un lugar preponderante en su estudio, lo cual permite entender al sujeto como real protagonista de sus actos y partícipe activo de su vida. Incorporar la dimensión subjetiva de la realidad no sólo implica tener presente la singularidad de los sujetos en un sentido particular, sino también colectivo.

De este modo, pretende lograr un método que, retomando la subjetividad de los individuos como punto de partida, supere las teorías abstractas, en un proceso de concreción de las mismas a la realidad.

Nuestro punto de partida, en efecto, es la subjetividad del individuo, y esto por razones estrictamente filosóficas. No porque somos burgueses,

sino porque queremos una doctrina basada sobre la verdad, y no un conjunto de bellas teorías, llenas de esperanza y sin fundamentos reales. (...) En segundo lugar, esta teoría es la única que da una dignidad al hombre, la única que no lo convierte en un objeto (Sartre, 1947: 40).

Ello permitió incluir autores desde la teoría que dan cuenta de la Sociología de los cuerpos y las emociones y de la Filosofía en torno a la vida cotidiana y el proyecto de vida en los procesos de sociabilidad, para analizar los discursos de los diversos actores entrevistados desde sus sensaciones y percepciones. En este sentido, “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. (...) De hecho el sociólogo y su ‘objeto’ forman una pareja en la que cada uno tiene que ser interpretado por el otro y cuya relación tiene que ser descifrada también como un momento de la historia” (Sartre, 2000: 63-64).

Desde este método dialéctico progresivo-regresivo, donde lo singular y lo genérico juegan en una interrelación constante, se llevó adelante la siguiente estrategia metodológica:

- Relevamiento de fuentes secundarias en torno a la temática en los últimos 5 años desde la academia.
- Entrevistas en profundidad a autoridades de la salud y educación pública y privada en Montevideo y Salto.
- Entrevistas en profundidad a familias con niños/as medicados en Montevideo y Salto.
- Entrevistas en profundidad a niños/as medicados con psicofármacos del ámbito público y privado de Montevideo y Salto.

La lógica de exposición que se plantea para el presente capítulo da cuenta de un primer punto donde se analiza el estado del arte con relación a los espacios de salud mental hoy día en el Uruguay. Un segundo punto, donde tomando en cuenta la población aparecen los primeros discursos en torno a la infancia y los psicofármacos. Y un tercer punto que se orienta hacia la construcción social del discurso con relación a las formas de nombrar de los diagnósticos médicos, sus interiorizaciones y exteriorizaciones en el lenguaje cotidiano, y los efectos en las subjetividades de estos niños y niñas.

Espacios de Salud Mental en el Uruguay de hoy

“Los espacios de salud mental son claramente una política de Estado”
(Entrevista al Responsable del Programa Nacional de Salud Mental, realizada en abril de 2014).

En el entendido que para analizar la realidad es necesario conocer datos cuantitativos que de ésta se desprendan es que se tomó el estado del arte de los espacios de salud mental en el Uruguay como el primer insumo fenoménico para comenzar a deconstruir la temática. Esto es: ¿han aumentado los espacios de atención en salud mental en el Uruguay en los últimos años? ¿Han decrecido? ¿Por qué?

Tal cual los datos recabados desde el Ministerio de Salud Pública (MSP), las Unidades de Salud Mental han venido creciendo en los últimos años en todo el país. La mayoría de los departamentos (salvo Canelones, Colonia, Maldonado y Montevideo) tienen una Unidad de Salud Mental ubicada en los hospitales públicos de las capitales departamentales, y su correlato en el ámbito privado. Sin embargo, en Montevideo y área metropolitana se amplía sustancialmente este número, no siendo sólo su base hospitales públicos y privados, sino también policlínicas zonales (divididas por Regiones: Noroeste, Este y Metropolitana) (MSP, 2011).

A través de los discursos del Responsable del Programa Nacional de Salud Mental con relación al punto de partida y política de Estado de estas Unidades de Salud Mental en todo el territorio del país, surge que:

Los espacios de atención en salud mental vienen creciendo desde la apertura democrática en el año '86, en el que se aprueba el Programa Nacional de Salud Mental. Hasta la fecha han venido creciendo en forma continuada y sostenida, no descartando que también existan dificultades. (...). Hubo un Plan que fue consensuado por múltiples actores de la sociedad civil y del Estado y la academia, que implicó una hoja de ruta en el año '86 y desde ese momento hasta ahora lo que se ha hecho es ir caminando en ese sentido, por momentos más fecundos, de mayor avances, por momento estancamientos... yo diría que se ha avanzado claramente (Entrevista al Responsable del Programa Nacional de Salud Mental, realizada en abril de 2014).

Por su parte, la Técnica en Psicofármacos y Estupefacientes del MSP, afirma que si bien los espacios de atención en salud mental no han crecido en cuanto cantidad de unidades, sí lo han hecho en cantidad de población: *“No han crecido los espacios de atención en salud mental, sino el volumen”* (Técnica en Psicofármacos y Estupefacientes del MSP, entrevista realizada en marzo de 2014).

A su vez, el Responsable del Programa Nacional de Salud Mental plantea que más allá de los actores iniciales en este proceso se han ido incorporando otros (Licenciados en Psicología, en Trabajo Social, en Nutrición, en Enfermería), como forma de trascender la mirada *“exclusivamente médica, medicalizada”*, generándose así una concepción de la Salud Mental con mayor amplitud, en tanto cantidad y calidad de sus recursos humanos, *“en un progresivo cambio cultural y en los últimos años la voluntad política muy clara...”* (Entrevista al Responsable del Programa Nacional de Salud Mental, realizada en abril de 2014).

Para dar sustento a esta idea de superación de la salud mental desde una visión estrictamente medicocéntrica y con propuestas de políticas de intervención orientadas a la promoción de la salud, plantea:

Los espacios son muy amplios y existen de todo tipo en el sentido de que se avanzó de una concepción como te decía de la salud mental como ausencia de enfermedad a una promoción, educación y una consideración de los determinantes sociales, económicos, y culturales de la salud, entonces los espacios son amplios. Están desde el barrio hasta los lugares más complejos como puede ser en un hospital... hay de todo (Entrevista al Responsable del Programa Nacional de Salud Mental, realizada en abril de 2014).

Surge la interrogante de cuanto se logra realmente superar la mirada *“medicalizada”* con la conformación de equipos interdisciplinarios con anclajes en lo social. Más, si se toman en cuenta discursos tales como los de la Química Farmacéutica de Psicofármacos y Estupefacientes del MSP: *“es difícil opinar sobre una prescripción médica. Si se discute quien es el médico habilitado para prescribirlo. Respetamos lo que el médico evalúa y considera indicado como mejor...”* (Entrevista realizada en abril de 2014). ¿Realmente son escuchadas en igualdad de condiciones todas las voces de estos Equipos?

Desde el MSP se enfatiza que se trabaja en salud, y que la salud mental la llevan adelante todos los integrantes, siendo una *“concepción amplia, integral... no es salud, sin salud mental”* (Entrevista al Responsable del Programa Nacional de Salud Mental, realizada en abril de 2014).

Infancia y psicofármacos en la actualidad

“Todo está oscuro todavía y sin embargo
todo está en plena luz”
(Sartre, 2000: 77)

Tomando los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), a partir del Censo Nacional 2011, la infancia en el Uruguay alcanza un total de 441.096 niños y niñas de 5 a 13 años. Esta franja etaria es la que se toma en cuenta como población objetivo del presente capítulo.

Según Sartre, “la infancia es la que forma los prejuicios insuperables, la que en la violencia del adiestramiento y el extravío del animal adiestrado hace que se sienta la pertenencia a un medio como un acontecimiento singular” (2000: 55). Desde esta perspectiva, la infancia se constituye como momento fundamental del curso de vida, donde los procesos de sociabilidad, la conformación de la subjetividad y la apropiación de formas de ser y estar en sociedad se interiorizan y exteriorizan en cada singularidad. En este sentido, resulta sustancial considerar el contexto económico, social, político y cultural por el cual cada niño y niña va transitando su cotidianeidad “en la profundidad y la opacidad de la infancia” (Sartre, 2000: 57). Esto da cuenta de la necesidad de poder pensar a cada niño y niña en su singularidad; es decir, en su proceso único de sociabilidad mediado por las instituciones que rigen el deber ser.

Siguiendo a Sartre, es la infancia la etapa en la cual se hace la aprehensión de la condición de clase; esto es, del condicionamiento social a través de la familia en la cual se inscribe tal o cual niño o niña. Es así vista como “una superación ciega, un torpe esfuerzo para arrancarnos de ella”. Todo eso, como plantea el autor, “acaba por inscribirse en nosotros bajo la forma de carácter”. En esta procesualidad, es en la cual se forjan los gestos, se aprehenden las contradicciones que “nos oprimen y desgarran”. En este sentido, “superar todo eso es también conservarlo” (2000: 88).

Así, la familia como espacio primario de sociabilidad es la mediación entre las instituciones que regulan las formas de ser y estar según la clase dominante y el sujeto concreto. Lejos de ser éste un proceso de aprehensión sencillo, se revela en cada singularidad como la interiorización de instituidos muchas veces difíciles de comprender. De este modo: “cada uno vive los primeros años extraviado o deslumbrado como si fuese una realidad profunda y solitaria: la interiorización de la exterioridad es aquí un hecho irreductible” (Sartre, 2000: 58).

Este proceso de sociabilidad, se halla en el vaivén entre el ser particular y el ser genérico. Cada singularidad, más allá que en la infancia crea los universales como singulares, se halla en un correlato constante con el colectivo. Cada niño y niña, en su proceso de aprehensión de pautas, valores, formas de ser y estar en la sociedad, las interioriza singularmente como si fuera una única verdad absoluta; la misma verdad absoluta que cree es la vivida por sus pares. Así, “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” (Sartre, 2000: 54).

Que la infancia crea la universalidad como una singularidad da cuenta de una etapa concreta de la vida, la cual debería ser objetivada en la medida que va creciendo y superando como sujeto hacia la adultez. El punto que aquí interesa destacar es que, hoy día, desde el mundo adulto se reproduce una forma de ser y estar que da cuenta de valores y pautas hegemónicas de la clase dominante, no lográndose objetivar que para la infancia esto no es así, en tanto cada niño y niña vive singularmente la producción y reproducción de lo instituido como deber ser, en principio, en su familia concreta. Al decir de Sartre, “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” (2000: 69).

Pretender una infancia homogénea, que responda de forma “ideal” a lo establecido legítima e históricamente por el mundo adulto a través de sus instituciones medulares (familia, educación, salud, religión, derecho), hace a desconocer el contexto y aprehensión singular de cada niño y niña. En este sentido, se comparte con Dueñas, la comprensión de la infancia como: “...un proceso de construcción subjetiva que se halla inmerso en un universo organizado simbólicamente y construido fundamentalmente por la relación del niño con el adulto que lo construye, es necesario considerar de manera particular la historia y las condiciones institucionales en donde ésta se despliega” (Dueñas, 2013: 11).

La Infancia como categoría analítica comienza a ser reconocida como construcción social en el marco de la razón moderna y los procesos mercantilizadores propios del sistema capitalista de fines del siglo XVIII. En esta producción de una Infancia distanciada de la Adultez, se definen y redefinen formas de “ser niño”, dejando atrás la concepción histórica del niño/a como “adulto en miniatura”. En este contexto, a lo largo del siglo XX se consolidan marcos normativos nacionales e internacionales que la potencian como etapa singular, con derechos específicos a su franja etaria, con protecciones concretas en pro de la no vulneración de sus esencialidades como sujetos en proceso de sociabilidad. Hacia fines del siglo pasado

y cada vez con mayor énfasis en este siglo XXI, esta Infancia protegida normativa y discursivamente, en los hechos está siendo sobreexigida con diversas actividades y espacios curriculares institucionalizados para ser “buenos” reproductores en la adultez del deber ser hegemónico. Aquí se halla la contradicción: mientras la categoría Infancia y su correlato normativo y discursivo intentan distanciar como una marca de la historia ese “adulto en miniatura”, en los hechos, está sucediendo que se los piensa y se les exige que respondan, nuevamente, como “adultos en miniatura”.

En esta historicidad, el cuerpo infantil ha venido siendo objeto de innumerables prácticas e intervenciones físicas y psíquicas desde el mundo adulto en procura de lograr un sujeto disciplinado. Así, “El niño fue objeto de una particular atención por su naturaleza ‘bárbara’ primero, y luego porque si se lograba inculcar en él el control del cuerpo, se obtendría un adulto disciplinado y respetuoso (...). Otra vez médico y maestro, cura y policía fueron los vigilantes de la niñez y adolescencia” (Barrán, 1992: 213).

Retomando esta deconstrucción analítica de cuerpos y corporalidades, se comparte con Scribano, cuando plantea que el cuerpo: “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” (2005: 98).

Inscripto como parte nodal de cualquier política de identidad, el cuerpo infantil es así pensado como fundante de todo proceso de producción y reproducción de lógicas hegemónicas que se van interiorizando y exteriorizando a través de formas de ser y estar. En este sentido, las distancias entre el ser y el deber ser hallan brechas cada vez más amplias, siendo los límites de la disponibilidad de los sujetos, estos puntos de partida y llegada que plantea el autor, uno de los hitos donde se generan las mayores contradicciones entre el mundo adulto y el mundo infantil.

Estas disponibilidades, en las lógicas contemporáneas de reproducción del orden imperante, llevan a que se planteen *mecanismos de soportabilidad social*. Éstos entendidos como un conjunto de prácticas tendientes a evitar el conflicto social. Para que estos mecanismos de soportabilidad social logren interiorizarse se generan *dispositivos de regulación de las sensaciones*, los que predeterminan lo socialmente habilitado a ser distribuido como verdad en las sociedades, en tanto sensaciones y percepciones. En su procesualidad, aparece el dolor social como “un sufrimiento que resquebraja ese centro gravitacional que es la subjetividad” (Scribano, 2007: 128).

En este sentido, los cuerpos infantiles van interiorizando desde el deber ser hegemónico del mundo adulto los *mecanismos de soportabilidad social* y los *dispositivos de regulación de las sensaciones*, que los van distanciando de su ser singular en pro de una “infancia ideal” que responda homogéneamente a lo instituido. Esto, sin tener en cuenta que cada niño y niña en la actualidad, más allá de su singularidad y diversidad, se apropia de lo que hace a su momento histórico, a su espacio social, a su contexto territorial, todo lo cual difiere de lo que estructuralmente está dispuesto por las instituciones que reproducen lo hegemónico. En este sentido, un ejemplo claro de ello, es la brecha que se genera cada vez con más amplitud entre el sistema educativo como institución disciplinar y reproductora de valores que mantienen concepciones más cercanas al siglo XIX y una infancia imbuida desde los primeros años de vida en las lógicas de lo virtual del siglo XXI.

El *dolor social* que va resquebrajando las singularidades infantiles da cuenta de estas contradicciones entre lo interiorizado y lo exteriorizado, entre las brechas del deber ser y del ser. Un *dolor social* que cuando se manifiesta distante de lo “ideal”, de lo esperado, es acallado por el mundo adulto, en especial, desde las instituciones disciplinares fundamentales para la sociabilidad. Desde la última década, la infancia en el Uruguay viene siendo mediada en su dolor social por dispositivos de regulación de las emociones que se vinculan a lo médico, en procesos de etiquetamiento, patologización y medicalización que van encausando sus conductas.

Se instaura así la *lógica de configuración social de la identidad*. La identidad está dada no sólo por el cómo el *cuerpo subjetivo* se percibe en su concreción singular, sino, también, por cómo es percibido por el *cuerpo social*². Así: “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).

Es a partir de esta deconstrucción analítica que se intentan reconocer subjetividades de esta infancia que exterioriza su *dolor social* a partir de conductas que se entienden disímiles a las del deber ser.

La maestra me decía que el niño no es apto para esa escuela, que son, cómo vamos a decir, niños normales, y que él distorsiona todo (Abuelo de Niño

2 “Un cuerpo individuo que hace referencia a la lógica filogenética, a la articulación entre lo orgánico y el medio ambiente; un cuerpo subjetivo que se configura por la autorreflexión, en el sentido del “yo” como un centro de gravedad por el que se tejen y pasan múltiples subjetividades y un cuerpo social que es (en principio) lo social hecho cuerpo” (Scribano, 2007: 122).

medicado de 5 años de escuela pública. Entrevista realizada en febrero 2014).

Yo tuve que dejar de trabajar el año pasado a consecuencia de estas conductas y de que me requerían mucho acá en el Colegio... (Madre niño medicado de 7 años de colegio privado. Entrevista realizada en abril de 2014).

Entrevistado: *En el Inter-In le hicieron una evaluación donde lo vio psiquiatra, psicomotricista, psicóloga y no sé cuanta gente (...) pero no sé, algún problema tiene, es muy hiperactivo, no se queda quieto...*

Entrevistador: *¿Inclusive tomando la medicación?*

Entrevistado: *Sí, sí* (Abuelo de Niño medicado de 5 años de escuela pública. Entrevista realizada en febrero 2014).

Porque él también sufre todo esto... y sufre que va lunes y miércoles, porque él va dos veces a psicólogo, dos veces por semana a psicomotricista, los miércoles a natación... Demasiado bien está actuando, es un niño, tiene 7 años... (Madre niño medicado de 7 años de colegio privado. Entrevista realizada en abril de 2014).

Es así que se entiende que el proceso de conformación de identidad y subjetividad de esta infancia se va construyendo en el interjuego de lo singular y lo genérico. Como diría Scribano: “Está asociado al ‘cómo me veo’ y al ‘cómo la sociedad me ve’, es decir, cómo me conozco y me conocen...” (2007: 133).

¿Cómo influye esta mirada del otro? ¿Cómo se van conociendo esas singularidades infantiles? ¿Cómo se van construyendo estas identidades etiquetadas como “diferentes”? ¿Éstas miradas habilitan a ampliar el *campo de los posibles* o, en los hechos, llevan irreductiblemente a su constreñimiento?

Para poder ir deconstruyendo estos cuestionamientos, se analizará la temática a partir de cuatro aspectos, a saber: a) procesos de medicalización y actos de medicar; b) diagnósticos; c) psicofármacos; d) procesos de producción y reproducción del deber ser hegemónico.

Procesos de medicalización y actos de medicar

En este punto se considera relevante responder a la siguiente interrogante: ¿qué se entiende con el término medicalización en el campo de las Ciencias Sociales? A diferencia del acto concreto de suministrar medicación, la medicalización

indica: "...la ampliación del espectro de problemas sociales que son codificados en términos de salud y enfermedad. Se destaca aquí el carácter de norma invasora que los mismos representan para la vida cotidiana de los individuos, a medida que la mayor parte de las facetas de la misma (...) pasa a ser juzgada desde ese ángulo" (Crawford apud Mitjavila, 1992: 7).

Los procesos de medicalización de la sociedad refieren, de esta manera, a la creciente penetración del saber médico en diversos aspectos de la vida social en el contexto de la modernidad, produciéndose, pues, una ampliación del campo de actuación de la medicina que trasciende lo relacionado a la enfermedad y su cura.

Acá tiene mucha fuerza el modelo médico. (...) Yo siento por lo menos que tiene mucho poder, que tranquiliza mucho y que somos todos responsables...
(Psicóloga y Ex docente de Colegio Privado. Entrevista realizada en marzo de 2014).

Resulta interesante poder pensar a los sujetos en interacción dialéctica con los demás, en un constante "ir y venir" que lo define en relación al otro, lo cual no implica una mirada pasiva del sujeto singular, sino por el contrario es visualizado como real protagonista de su historia, como *productor* y *producto* de la misma. De este modo, se propone superar la individualización de la responsabilidad, la culpabilización, dando cuenta de la complejidad de estos procesos. Lo antedicho pretende retomar lo planteado por la entrevistada acerca de que "*somos todos responsables*", desde el mundo adulto, cada cual desde su singularidad.

Se asiste a una época productora de subjetividades distintas, marcada por la crisis de las diferentes instituciones fundantes de los procesos de sociabilidad, donde el establecimiento de relaciones sociales, la mercantilización de las mismas (por ejemplo, en el acceso a la salud y educación) y la inmediatez en el establecimiento de los vínculos, se hace presente en la vida cotidiana de las personas. De este modo, la infancia de hoy ha interiorizado estas formas de ser y estar en el mundo, por lo cual la misma como construcción socio-histórica y cultural, ya no se presenta de igual forma que la infancia de ayer. En la actual situación también se debe tener en cuenta el lugar que ocupan los medios masivos de comunicación en tanto productores y reproductores de ideologías, donde la noción de "peligrosidad", y por ende necesidad de control de la infancia y adolescencia se tornan presentes.

En definitiva, al pensar cómo exteriorizan su ser los niños y niñas en la actualidad no se puede desconocer toda su complejidad.

Creo que la inmediatez en este mundo, no sé de la comunicación, de la imagen, se ve también en la medicina. Yo no digo que sean los médicos solamente, yo creo que es un tema de dame la receta para que esto se solucione con una pastilla. Hay como una creencia que con la medicación eso va a mejorar (Subdirectora y Ex docente Colegio Privado. Entrevista realizada en marzo de 2014).

Es un problema social, o sea la escuela es parte de la sociedad, hay más vulnerabilidad, la gente enseguida se irrita, susceptible, está al ataque, a la defensiva. Todo el mundo corre por su trabajo, porque no les alcanza el dinero, porque todo el mundo está que el materialismo, que el consumismo y el niño se cría en eso. Aparte la violencia total, ve la tele ve violencia, en el fútbol, en las películas, todo es violento. Y, ¿cómo reacciona el niño? Con la violencia. Hay hogares que les hablan, pero hay hogares que vos escuchas todavía eso de 'si te pegan, pega', entonces la violencia ha venido agravándonos, estamos totalmente en una sociedad violenta (Directora Escuela Pública. Entrevista realizada en marzo 2014).

A mí no me llega un niño a la consulta y medico... Por eso Yo siempre ingreso a los papás a las consultas, porque el niño obedece a un sistema familiar, el niño puede tener lo propio pero también tenes que modificar a los adultos. (...) Tú respondes a tu medio (Psiquiatra infantil Salud Pública. Entrevista realizada en diciembre 2013).

La medicación aparece, pues, como una de las posibles alternativas a la necesidad de “adaptación” de los niños y niñas, principalmente, en el ámbito educativo, permitiéndoles (a ellos/as mismos/as o a sus compañeros/as de aula) producir y reproducir la lógica del sistema imperante.

Si está bien indicado y bien medicado, el que gana es el niño y la familia, porque mejora el rendimiento. Gana la maestra y la escuela porque el niño se adapta al medio y contribuye a que la clase siga el curso. Y si no está bien indicado no gana nadie, o gana el laboratorio sólo (Psiquiatra Infantil Salud Pública. Entrevista realizada en marzo 2014).

En términos generales se está usando más la medicación, tengo la impresión que sí... Ahora hay más diagnósticos de cosas que eran invisibles y hay una

necesidad de funcionar dentro de un ambiente y esas cosas invisibles ahora son visibles y no funcionan. Muchas veces sin esa medicación no funcionan, no logran seguir el ritmo de los espacios y de los cronogramas diarios (Directora Colegio Privado. Entrevista realizada en abril de 2014).

Hay niños que vos los ves que solo con los medicamentos funcionan y si no tendría que haber más equipos trabajando en las escuelas, porque vos no tenes un equipo trabajando acá, no tenés profesionales, por ejemplo Trabajadores Sociales, Psicólogos. Tendrías que tener permanente en la escuela. Entonces, ¿qué haces con un niño que por ejemplo no toma la medicación y castiga a 10? (Directora Escuela Pública. Entrevista realizada en marzo 2014).

De esta manera, hay una distancia importante entre los procesos de medicalización y los actos de medicar. Los procesos de medicalización dan cuenta de una mirada y una acción que se particulariza en determinadas poblaciones, que se singulariza, en este caso concreto, en ciertos niños y niñas. El acto de medicar hace a la acción concreta de suministrar medicación, en este caso específico, en la infancia que dista de “lo ideal” según la mirada adulta.

En este sentido, habría que cuestionarse si los procesos de medicalización necesariamente implican actos de medicar, y viceversa. Ello en el entendido que estas complejidades son situacionales de un tiempo y lugar dado, donde lo que hoy se toma como “verdad”, mañana no tiene por qué serlo, y así sucesivamente. Los procesos de medicalización en el Uruguay se remontan al tránsito de la sociedad bárbara a la civilizada, al decir de Barrán (1992); mientras que la medicación con psicofármacos en la infancia resulta relativamente novedosa como fenómeno social.

Diagnósticos

De acuerdo con Janin, se entiende que “diagnosticar es algo muy diferente a poner un nombre. (...) Un diagnóstico tiene que tener en cuenta las vivencias del sujeto que sufre y la historia en la que se enmarca ese sufrimiento, no sólo sus conductas, y por ende es algo que se va construyendo a lo largo del tiempo y que puede tener variaciones” (2013: 8).

En este sentido, es de particular relevancia contemplar el medio social y contexto más cercano del niño/a, así como también surge la imperante necesidad, al momento de realizar un diagnóstico, de tener presente el curso de vida del sujeto y de escuchar su propia voz.

El niño no está solo, vive en un medio, un entorno, hay que modificar todo eso para ayudarlo (Psiquiatra infantil Salud Pública. Entrevista realizada en marzo 2014).

No es que todo se arregla enseguida. Más en los niños vos haces un psicodiagnóstico hoy y dentro de ocho meses le haces otro y puede ser completamente diferente... (Madre niño medicado de 7 años de colegio privado. Entrevista realizada en abril de 2014).

Así como vienen padres y me dicen, en esto está horrible –refiriéndose al niño–, bueno, pero, ¿qué pasó? ¿Sucedio algo en la casa, en la escuela o en el barrio? (...) Tenés que preguntarte que pasó, porque ahí pasó algo. Una vez una madre me dijo, “no, porque está insoportable”. Bueno, ¿pero qué pasó? Había vuelto el padre, habían llevado a una nieta de 8 meses a vivir con ellos, todo eso le afectó. Entonces bueno, ver cómo se puede reorganizar el sistema familiar para volver a la normalidad (Psiquiatra infantil Salud Pública. Entrevista realizada en diciembre 2013).

Yo discrepo con las maestras que te mandan una nota (...) yo puedo estar inquieta por mil cosas, ¿no? O porque mis padres se pelearon, o porque mi padre se fue de la casa, o porque hay un adicto... o porque estoy deprimido. Es una forma de expresión y luego uno tiene que hacer un interrogatorio muy fino para ver... las maestras te lo hacen puntual, en el momento (Psiquiatra infantil Salud Pública. Entrevista realizada en diciembre 2013).

Al contemplar todas estas variantes con relación al momento de concretar un diagnóstico en la infancia, se entiende pertinente poder reflexionar acerca de cómo se evalúan las conductas de los niños y niñas, desde dónde y en relación a qué. Así, “en el DSM en todas sus versiones lo que impera es una modalidad de catálogo, regida por una visión determinista y predictiva del desarrollo humano” (Janin, 2013: 8). Como si todos los sujetos fueran homogéneos, sus conductas, sensaciones y percepciones, respondieran a un genérico humano que trascendiera culturas, espacios sociales, épocas históricas, etc. Generar manuales universales sin que medie en su aplicación las particularidades de cada sociedad y tiempo dado y las singularidades de cada sujeto y su entorno más inmediato da cuenta de pensar a los sujetos a-histórica y linealmente, encorsetados y cosificados.

Los estudios en realidad -del déficit atencional- son escalas que evalúan otras personas que pueden ser subjetivas (Psiquiatra Infantil Salud Pública. Entrevista realizada en marzo 2014).

Sobre todo un aumento de diagnósticos de cosas más invisibles, ¿no? Que no tienen una característica física o conductual tan notoria... (Directora Colegio Privado. Entrevista realizada en abril de 2014).

El check in list, haces uno vos, otro le das a los padres y otro a la maestra (...) y otro estudio no hay (Psiquiatra infantil Salud Pública. Entrevista realizada en diciembre 2013).

Desde que comienzan la escolarización hay cosas que ya se empiezan a ver, pueden ser significativas o tener consecuencias, o no. puede que sea algo un poco más pasajero, o puede ser también debido a la subjetividad del docente... (Directora Colegio Privado. Entrevista realizada en abril de 2014).

Nuevamente resulta de suma importancia poder pensar en relación a qué y quiénes evalúan a los/as niños/as. En este sentido, surgen cuestiones a indagar, por ejemplo, las familias al completar el *check in list*, ¿en relación a qué “tipo ideal” de hijo/a lo hacen? Lo mismo los docentes, ¿en relación a qué “tipo ideal” de alumno/a? Los profesionales médicos, ¿escuchan la voz del niño/a o evalúan en función de lo que los otros adultos referentes evaluaron desde su singular lugar y vínculo con ese niño/a? ¿Se evalúa una realidad infantil o se interpreta una expresión adulta de lo esperado?

Entrevistado: *De acuerdo a lo que yo le decía y a lo que veía ella iba anotando (...) Yo no entiendo la evaluación, porque ella tiene que estar con el niño, mirarlo.*

Entrevistador: *¿Nunca conversó con el niño?*

Entrevistado: *No, no, no.*

Entrevistador: *¿Y usted por qué cree que lo medicó?*

Entrevistado: *Para mí es que es un atenuante, para que él baje los decibeles. Pienso yo porque lo vio súper activo, ¿entendes? ... (Abuelo de Niño medicado de 5 años. Entrevista realizada en febrero 2014).*

Tuvo dos psicodiagnósticos.... Yo noté comportamientos que no eran adecuados para la edad, o sea él utiliza mucho su cuerpo, no mide la fuerza, pelea, discute... y eso lo noté yo como mamá, y estuvo difícil porque la maestra me decía que no, que en la escuela todo bien... (Madre niño medicado de 7 años de colegio privado. Entrevista realizada en abril de 2014)

Yo una vez que termino la entrevista leo los informes. (...) Yo no me puedo quedar solo con lo que me dice una persona. (Psiquiatra infantil Salud Pública. Entrevista realizada en diciembre 2013)

Se considera que resulta fundamental escuchar la voz del niño/a desde su sentir, sus angustias, sus preocupaciones, su sufrimiento, pero también sus alegrías y sus emociones. De igual manera, se hace necesaria la visión y análisis de otros profesionales en estos procesos, posibilitando una lectura que se acerque más a la complejidad de las situaciones desde lo social. Tal como relata el último testimonio, urge trascender discursos aislados, no quedarse con lo que se dice de tal o cual niño/a, más allá se trate de sus adultos referentes más cercanos y cotidianos.

En este sentido, las propuestas de intervención interdisciplinarias apuntan a la integralidad planteada por el Responsable del Programa Nacional de Salud Mental. La complejidad que hoy día revisten muchas de las situaciones en las cuales la infancia uruguaya se halla atravesada, hace a darle miradas desde distintas ópticas. Ya no alcanza con un solo saber hegemónico, sino que se hace necesario pensar y apropiarse de la temática desde saberes distintos, interrelacionados, que confluyan y comprendan que la infancia que está siendo diagnosticada y patologizada es la punta del iceberg de realidades que trascienden estas singularidades.

El solo hecho de ir a hablar con las maestras disminuye la consulta -desde la derivación de las escuelas- (Psiquiatra infantil Salud Pública. Entrevista realizada en diciembre 2013).

Trabajamos en forma multidisciplinaria, y está bueno (Psiquiatra infantil Salud Pública. Entrevista realizada en diciembre 2013).

¿Las miradas interdisciplinarias realmente habilitan a una visión que trascienda lo medicalizante/medicalizador? ¿Este tipo de miradas evitarían posibles sobrediagnósticos o medicaciones sin siquiera tener un diagnóstico?

A veces uno se cuestiona si se sobrediagnostica o no. Esa es una pregunta que es difícil de contestar, y en qué medida ayuda. Porque una vez que hay un diagnóstico ayuda a elegir estrategias, que si quizás si ese niño no tiene diagnóstico se pierde de apoyo y esa comprensión, porque una vez que uno tiene diagnóstico lo puedes comprender, ya cambia la actitud del adulto... A su vez si hay un diagnóstico, hay un tratamiento (Directora Colegio Privado. Entrevista realizada en abril de 2014).

Tomar como dato que el diagnóstico hace a una construcción social mediada por una ideología desde la lógica imperante da la posibilidad de pensar y repensar la interiorización que se realiza ante la necesidad de contar con uno. Desde el mundo adulto se ve el diagnóstico como herramienta potencial de reparar lo que dista de lo “normal”. Tranquiliza a la mayoría de los adultos, ¿al costo de encasillar a estos niños y niñas?

Psicofármacos

Tal como se ha venido planteando, desde diversas instituciones se llevan adelante intervenciones que tienen como propósito la adaptación de los/as niños/as a las exigencias del mundo actual. Es en este contexto que surge como posible “solución” o alternativa el consumo de psicofármacos, como herramienta o recurso para aplacar conductas que se desvían social e institucionalmente de “lo esperado”.

-Entrevistador: *¿Sabes a qué edad comienzan a “aparecer” estos “problemas conductuales”?*

-Entrevistada: *Cada vez más temprano. (...) A mí me sorprende porque incluso vienen niños con un diagnóstico... Algunos no es que los discuta, me llama la atención, pero otros si son discutibles... (Psicóloga y Ex docente de Colegio Privado. Entrevista realizada en marzo de 2014).*

Hay un porcentaje de los niños por trastorno por déficit atencional con hiperactividad, que tenés que medicarlos con el metilfenidato, responden al metilfenidato, yo te diría que hay un pequeño porcentaje de niños que no responden. (Psiquiatra Infantil Mutualista. Entrevista realizada en marzo 2014).

No considero que sea malo porque he visto buenos resultados, pero también, sé que esto es un tema que está muy en el momento por el tema de que hay muchos niños que están medicados y capaz que no tienen que ser, pero considero que si un buen profesional los atiende y los padres también ponen, porque eso hay que poner mucha responsabilidad, hemos visto excelentes resultados (Directora Colegio Privado. Entrevista realizada en marzo 2013).

Generalmente te llegan en la edad escolar porque joroban en la escuela. Así como pasan otras cosas. A veces mejor que el niño haga ruido en la escuela porque el que no genera ruido, no habla... ah no lo mandan... como no joroba (Psiquiatra Infantil Salud Pública. Entrevista realizada en diciembre de 2013).

En este punto, y ante la necesidad de tal “adaptación”, surgen las siguientes interrogantes: ¿se demanda que todos los/as niños/as se adapten a lo mismo? ¿En los mismos tiempos y con iguales intereses? ¿Se considera en estos procesos su historia de vida? Ante estas exigencias, ¿cómo se constituyen como sujetos?

No se puede desconocer al sujeto inmerso en un entramado de complejas determinaciones que implica necesariamente considerar su historia personal y familiar. Ello habilita intervenciones subjetivantes que apunten a la transformación, contemplando pasado, presente y futuro; permitiendo así superar visiones e intervenciones reduccionistas y lineales. En este sentido, al pensar en el consumo de psicofármacos en la infancia, es imprescindible pensar sus costos y efectos, procurando desde el mundo adulto no naturalizar esta complejidad que en principio aparece como una posible y la más de las veces rápida solución.

Es la solución más rápida, no sé si la mejor. Le das las gotitas y ya está... (Directora Colegio Privado. Entrevista realizada en abril de 2014).

Él la tomo como si fuera agua (...) Primero le da como un efecto más eufórico, y después se estabiliza (Abuelo de Niño medicado de 5 años. Entrevista realizada en diciembre de 2013).

No es un fenómeno aislado, ha habido un cambio de paradigma en la sociedad, un cambio social... Creo que viene por ese lado no es un mayor consumo de psicofármacos, hay una desvalorización... no hay una situación

de familia continente, aunque no sean familias nucleares, ¿no?... Y todo eso cuando el niño más inseguro, más ruido hace (Psiquiatra infantil Salud Pública. Entrevista realizada en diciembre de 2013).

Entrevistador: *¿Cómo te sentís después de tomar las gotas?*

Entrevistado: *Me duele la cabeza...* (Niño medicado de 5 años. Entrevista realizada en diciembre de 2013).

Entrevistador: *¿Pueden generar dependencia los psicofármacos?*

Entrevistada: *Sí* (Psiquiatra Infantil Salud Pública. Entrevista realizada en diciembre de 2013).

Siempre hay que hacer como una evaluación costo beneficio, hay fármacos que no tienen efectos colaterales, o efectos colaterales importantes o a largo plazo y otros que sí lo tienen. Y bueno, de acuerdo a eso hay que evaluar si realmente es necesario o si no (Psiquiatra Infantil Salud Pública. Entrevista realizada en abril de 2014).

Resulta pertinente cuestionarse si este uso de psicofármacos en la infancia se asocia a determinantes sociales, económicos o culturales (clase social y edad, por ejemplo), o lo trasciende.

No hay diferencia por clase etaria. Más allá que hay medicación que podés darla a niños chiquitos y hay otras que podés darla a niños de los seis años para arriba. Eso va dependiendo del cuadro clínico del niño y de la medicación que vayas a usar. Y por nivel socioeconómico yo te diría que cualquier estrato social, o sea no tiene relación con el estrato (Psiquiatra Infantil Mutualista. Entrevista realizada en marzo de 2014).

Yo creo que desde el punto de vista médico no podés hacer diferencia. (...) No importa de dónde provenga, lo que sí importa es la contención que a veces puede ser mayor en clase baja que en clase alta (Psiquiatra Infantil Salud Pública. Entrevista realizada en diciembre de 2013).

El uso de psicofármacos más allá de las determinantes socioculturales y económicas antes nombradas, da cuenta de procesos de “biologización”, donde problemas colectivos, universales, se presentan como si fueran singulares, y específicamente de índole biológico. De este modo, se despoja al sujeto

de historia, impidiéndole además su reconocimiento en ella. En procura de trascender esta mirada puramente patologizante es que se torna necesario trabajar desde el fortalecimiento de potencialidades, en tanto creador de un campo de posibilidades para el sujeto.

Se entiende interesante, desde las distintas disciplinas, poder pensar alternativas a la medicación, siendo éstas planteadas a través de espacios terapéuticos y/o actividades lúdicas, artísticas, recreativas y/o deportivas; así como también considerar el “costo” del consumo de psicofármacos no sólo en el presente sino también en el futuro en la potenciación y consolidación de los distintos proyectos de vida.

Yo he visto excelentes resultados, no quiere decir que siempre, porque hay cosas alternativas. Nosotros tenemos, los niños tienen clase de yoga por ejemplo en el colegio y aprenden a controlar la conducta, la concentración. Nosotros tenemos otras alternativas, pero el niño que necesita medicación he visto cambios excelentes. Si, si, si, totalmente, en muchas cosas, en atención, en fobias. En niños pequeños no, yo he visto y también me he dado cuenta cuando el niño viene sin medicación, como ese día no atiende, como ese día está mal él, se siente mal. Claro, cuando es correctamente medicado, correctamente atendido (Directora Colegio Privado. Entrevista realizada en abril de 2014).

No podemos focalizar en la medicación, yo siempre digo eso. Si fuera todo a pastillitas estaríamos apretando todos dispensadores y sacando pastillitas para esto y para lo otro (Psiquiatra infantil Salud Pública. Entrevista realizada en diciembre de 2013).

Yo creo que se tiene que poder llegar a resolver todos los otros caminos que podamos encontrar antes de llegar a la medicación... el tema de la paciencia, interacción con el niño, confianza... podes lograr un montón de cosas que de otro modo imposible. También confianza en la familia, compromiso mutuo. Es importante agotar todos los recursos que tenemos disponibles antes de llegar a la medicación (Subdirectora y Ex docente Colegio Privado. Entrevista realizada en marzo 2014).

Nosotros tenemos el concepto general que la medicación es un recurso terapéutico que tiene sus indicaciones y que implica un diagnóstico y que

eso implica una capacitación del recurso humano que lo hace, e implica un seguimiento. Si se medica o no más a la niñez que antes no te puedo decir (Entrevista al Responsable del Programa Nacional de Salud Mental, realizada en abril de 2014).

Varios discursos y miradas en torno a la medicación con psicofármacos parecerían estar cambiando en nuestro país, al menos con relación al “déficit atencional”, lo que no quita que aún se sigan reproduciendo actos de medicar en respuesta a sensaciones y percepciones del ser infantil que dista del “ideal” del adulto. Según varios entrevistados, el “déficit atencional” como diagnóstico (o no diagnóstico con medicación) está pasando a un segundo plano con relación a años anteriores, dejando el espacio a nuevos procesos de medicalización y actos de medicar bajo el diagnóstico genérico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), como las de mayor impacto en el último par de años. Una vez más, al igual que el “déficit atencional”, no se discute cuando de hecho existe tal “patología”, sino cuando se sobrediagnostica y/o sobremedica por cuestiones de índole social, contextual, simbólica.

El déficit atencional tuvo su momento, como que ahora no tanto. Pero igual aparecen... hay trastornos generalizados del desarrollo, no es que haya 45, pero escuchas cada vez más, o un trastorno opositorista desafiante (Psicóloga y Ex docente de Colegio Privado. Entrevista realizada en marzo de 2014).

Ante esta gran complejidad está claro que en las variadas situaciones de sobrediagnosticación y sobremedicación, hay un gran ganador:

Entrevistador: *¿Quién le parece que “gana” con la medicación con psicofármacos en la niñez?*

Entrevistada: *Por supuesto que las grandes empresas farmacéuticas* (Directora Colegio Privado. Entrevista realizada en abril de 2014).

Procesos de producción y reproducción del deber ser hegemónico

Las diversas instituciones durante la infancia juegan un rol preponderante en tanto trasmisoras de valores, comportamientos, ideas, apropiaciones, etc., formando parte de los procesos de sociabilidad. De este modo, es preciso que puedan pensar y actuar con la infancia desde la óptica de la diversidad, en el encuentro con sujetos en pleno devenir y conformación de identidad y

subjetividad. Esto implica superar visiones hegemónicas sobre realidades que demuestran diariamente ser cada vez más complejas y diversas. Pensar estrategias que realmente contemplen gustos, intereses y necesidades de los niños y niñas.

Uno de los actores centrales que aparece como sustancial en estos procesos de producción y reproducción de formas del deber ser hegemónico resulta la institución educación en su concreción escolar. La misma institución que, en su mayoría, se cuestiona y repiensa en estos actos reproductores, intentándolos trascender en variados procesos de objetivación. Al igual que la familia, el derecho y la salud, la educación resulta una de las instituciones muy marcada por la ideología hegemónica, lo cual hace que los cambios genéricos, no de experiencias y esfuerzos singulares, se otean en un horizonte bastante lejano. Y en esta producción de etiquetas infantiles, tiende a ser el espacio de mayor reproducción de las mismas como formas de nombrar, por el hecho de aunar en un mismo espacio a niños y niñas con diagnósticos y pronósticos, con medicaciones dadas por exteriorizaciones.

En este sentido, desde varios espacios se la resaltó, por este mismo fundamento, como el espacio “contrahegemónico” (en el entendido de superación de lo dado como natural) por excelencia.

Yo no creo que el sistema sobreexija a la niñez, lo que creo que sobreexige son los niveles de vida que los chiquilines están teniendo fuera de la escuela (...) Tenemos que mirar nuestras propuestas y adaptarlas en lo que es el devenir de la vida (Subdirectora y Ex docente Colegio Privado. Entrevista realizada en marzo de 2014).

Creo que les estamos exigiendo cosas desproporcionadas -a los niños- exigiendo y poniendo reglas de juego que son desproporcionadas a lo que era cuando nosotros crecimos o nuestros padres. Se les está pidiendo que estén muchas horas institucionalizados... Las horas que están institucionalizados, son muy escolarizadas. Ese es un déficit nuestro que son muy escolarizadas las propuestas. Entonces siempre hay un adulto que te dice qué tenés que hacer, a qué hora termina y cómo te tenés que comportar. Entonces no hay tantas posibilidades de regular el comportamiento, porque siempre se le está diciendo algo (Directora Colegio Privado. Entrevista realizada en abril de 2014).

La escuela no se valora. Yo uno de los proyectos que había planteado para que los niños se apropien de la escuela era armar partidos de fútbol... entonces ta

que buena está mi escuela, yo voy a defender mi escuela (Psiquiatra Infantil Salud Pública. Entrevista realizada en marzo de 2014).

La escuela sola no puede resolver los problemas, entonces se trabaja en red con diferentes organismos (Directora Escuela Pública. Entrevista realizada en abril de 2014).

No, derivación directa al sistema médico no (Directora Escuela Pública. Entrevista realizada en marzo de 2014).

[Hay niños] *que vienen medio horario porque de acuerdo a la doctora, a la psiquiatra, a la que lo está atendiendo, no pueden todavía cumplir con las 4 horas, porque el problema conductual no le permite estar 4 horas, a veces hay niños que están con una medicación que como dice a veces la psiquiatra 'están probando la medicación' y el niño a veces tiene diferentes estados de ánimo, se duerme o está totalmente alterado. Otras alternativas son a veces cambiarlos de grupo, desestructurarlos, si esta en cuarto a veces puede hacer un click mejor con el maestro de segundo, con el maestro de quinto, entonces a veces se lo desestructura del grupo para que el niño pueda estar mejor* (Directora Escuela Pública. Entrevista realizada en marzo de 2014).

Hoy día, sin embargo, se continúan desplegando en varios espacios escolares estrategias institucionales que van en contraposición de estas miradas que trascienden lo hegemónico. El recorte del horario escolar es una de las más comunes, lo que culmina revictimizando y cuestionando el derecho de esta infancia etiquetada a acceder a una educación de calidad.

Yo peleo para que vayan el horario completo (...) No los dejan ir si no van al psiquiatra. Mandan cartas... Tenemos que cambiar nosotros... Yo he propuesto cambiar de escuela, sobre todo jardín de infantes... Cuando veo que el niño siente el rechazo, lo cambio. A los días es un espectáculo... El niño percibe el rechazo o el acogimiento del adulto (Psiquiatra infantil Salud Pública. Entrevistada en diciembre de 2013).

Las maestras están desbordadas, ya no saben qué hacer. Yo recibo muchas quejas de gritos de las maestras... Entonces esas son cosas que tenemos que cambiar nosotros los adultos, no le podemos pedir a los niños (Psiquiatra infantil Salud Pública. Entrevista realizada en marzo de 2014).

Dentro de las alternativas hay niños que por ejemplo tienen medio horario (Directora Escuela Pública. Entrevista realizada en marzo de 2014).

Es preciso detenerse a pensar acerca de si desde el mundo adulto, diseñador exclusivo de políticas educativas y de salud, se contempla la realidad actual de la infancia con sus representaciones y vivencias singulares.

Los chiquilines son diferentes a cómo eran antes- yo hace mucho que trabajo acá, incluso fui docente-... La niñez tiene una presentación diferente y a veces como maestros nos enfrentamos a los niños con la cabeza de la modernidad y no es así... Entonces se les está pidiendo que presten atención quietitos cuando de pronto pueden prestar atención mucho mejor pintando algo o, en fin, moviéndose. Entonces, si hay chiquilines con problemáticas importantes, pero hay mucho desacomodo de cómo canalizar esa inquietud que de pronto en la familia se tolera pero en la clase no (Psicóloga y Ex docente de Colegio Privado. Entrevista realizada en marzo de 2014).

Para el maestro saber que el niño está medicado realmente es un alivio porque cree que va a cambiar inmediatamente. Pero es una falsa expectativa con respecto a lo que él espera (Subdirectora y Ex docente Colegio Privado. Entrevista realizada en marzo de 2014).

Hace 20 años le decías a un niño quédate quieto en un banco y lo hacía, por temor. Hoy los parámetros son distintos. El maestro tiene que tener otra paciencia... (Subdirectora y Ex docente Colegio Privado. Entrevista realizada en marzo de 2014).

Antes teníamos a los maestros y a la familia ahora es como que todo depende de la escuela y la escuela a esos problemas no los puede resolver, puedes apagar un incendio diario pero el problema de origen no lo puedes resolver porque está en otro lado. Entonces, hay casos que escapan a la órbita de la escuela, ¿Cuál es la función primordial de la escuela? Siempre es enseñar, enseñar, es esa nuestra función, lo que pasa que tenemos cantidad de otras funciones que nos están poniendo (Directora Escuela Pública. Entrevista realizada en marzo de 2014).

Ahora bien, cabe preguntarse si en esta producción y reproducción de etiquetas infantiles es el niño o niña quien recibe los beneficios, o son otros actores implicados en esta gran complejidad.

Yo no te puedo decir que el niño gana, porque al estar medicado pierde otras cosas... Pero lo que gana sí es el entorno (...) Al estar medicado creo que la maestra y la clase son quienes sienten más los cambios, más allá de ese niño que está tomando la medicación y que es el protagonista, quizá no se dé cuenta o quizá se perjudique con la medicación, porque nos ha pasado... (Subdirectora y Ex docente Colegio Privado. Entrevista realizada en marzo de 2014).

Nosotros lo que pretendemos es que el niño esté bien en la clase y que esté tranquilo, que pueda manejarse, el manejar su cuerpo y no. Y hemos tenido buenos resultados, otros no tan buenos porque a veces no es solo la medicación... (Directora Colegio Privado. Entrevista realizada en marzo de 2014).

Tal como se ha mencionado, la escuela se ha convertido en el espacio donde esta infancia del siglo XXI exterioriza lo que ha interiorizado en el devenir de sus historias singulares y familiares, sus vivencias concretas y en retroalimentación constante con el medio social en el que se encuentran.

En general, más que problemas conductuales existen problemas de convivencia. Yo creo que son producto de la parte de lo que viven en los hogares. Ésta es una escuela que vienen de un contexto bueno, de padres que trabajan en general, pero sí de hogares que la mayoría son padres separados, divorciados, con nuevas parejas. Los papás todos cumplen su horario de trabajo, entonces los chiquilines andan en esa vorágine de cosas, que los trae una camioneta, los levanta una camioneta, hablan con los padres de noche, el padre trabaja, si vos lo llamas siempre está trabajando. Pero acá también nosotros estamos trabajando, 'como yo les digo', y si los llamamos es porque estamos trabajando para estar mejor con su hijo. Pero a veces ves eso en los chiquilines, entonces, se reflejan en esas conductas, irruptivas, violentas, agresivas. Nosotros trabajamos mucho con la parte emocional y lo llamo "el lenguaje del cuerpo" a veces el niño no sabe decir lo que le pasa y grita, o pega, o llora, o hace unos berrinches (Directora Escuela Pública. Entrevista realizada en abril de 2014).

Es un problema de la sociedad porque los padres no sabemos, me incluyo porque yo también tuve hijos chicos en una época y también fui a la neuropediatra y a la psiquiatra y a la psicóloga, y andamos todo el mundo con problemas y los llevas al médico y el médico te dice 'mira tiene que tomar tal cosa...' y vos con la desesperación que tenés, para que tu gurí marche bien y para que la maestra no te llame más, porque vos no sabes que hacer, porque vos trabajas todo el día, le terminas dando las gotas. Y yo siempre digo 'para algo están hechos los remedios', no sé si son buenos, malos, no me meto en ese tema (Directora Escuela Pública. Entrevista realizada en marzo de 2014).

Siempre hay un problema de fondo, social, familiar, a veces el problema es solamente congénito del niño mismo, que es un problema que tiene de inmadurez o de poder fijar la atención por mucho tiempo, a veces son problemas familiares que el niño está con cantidad de cosas y vos le preguntas y él está en otra, está pensando en quien lo viene a buscar o si hoy el padre trabajaba y no lo puede venir a buscar y pasa toda la mañana pensando en eso, o está pensando en que ayer escucho a su madre que no le alcanzó para comprar tal cosa (Directora Escuela Pública. Entrevista realizada en mayo de 2014).

Construcción social del discurso medicalizado/ante

Se plantea una naturalización de las formas de nombrar de los diagnósticos médicos (clínicos, y por ende subjetivos, en su enorme mayoría para la población objetivo), en este caso, los del orden de la “salud mental”. ¿Cómo se van interiorizando estas formas de nombrar en el lenguaje cotidiano de otros técnicos, y a su vez de la población objetivo, sus familias, espacios escolares, pares, etc.? Al respecto, Janin plantea: “En relación a los niños y a los adolescentes, esto cobra muchísima importancia, porque termina siendo un pronóstico de su vida, en el momento en que la vida está en construcción” (2013: 8)

El tema de la subjetividad del sapiente a la hora de hacer los diagnósticos clínicos que generan etiquetas constitutivas de identidades deficitarias, “anormales”, “patológicas”, halla su razón de ser en los discursos recabados de algunos entrevistados, a saber:

Los test son de una subjetividad muy grande. El maestro no tendría que completar esas cosas que van a hacer interpretadas (Psicóloga y Ex docente de Colegio Privado. Entrevista realizada en marzo de 2014).

Antes se planteaba que los niños y los adolescentes, los niños principalmente, no sufrían de ansiedad, no tenían síntomas depresivos, y hoy, se sabe que sí, que tienen ansiedad, síntomas depresivos, y por lo tanto hay que tratarlos, a veces con psicofármacos, a veces con terapia, a veces con las dos cosas. Pero esto, se ha ido captando en los últimos años, por lo tanto los niños vienen más a la consulta, la población en general está como más alerta de los problemas emocionales en niños y adolescentes (Psiquiatra Infantil MSP Salto. Entrevista realizada en marzo 2014).

En este sentido, se retoma lo planteado por Janin, cuando plantea que: “El movimiento de un niño puede ser considerado normal o patológico según quién sea el observador, así como el retraso en el lenguaje puede ser ubicado como ‘trastorno’ específico o como síntoma de dificultades vinculares según quién esté ‘evaluando’ a ese niño” (2013: 8).

Resulta relevante retomar algunos discursos desde la Psiquiatría Infantil que dan cuenta de un interés supremo en el niño/a que llega a su consulta. Ya no se repiten sistemáticamente discursos absolutamente hegemónicos desde el saber psiquiátrico, sino que empezaron a encontrarse varios puntos de quiebre, intersticios por donde comenzar a deconstruir colectivamente esta temática, justamente en conjunto con quienes son los que hoy día tienen el don del saber y el poder, instituido y legitimado, social, económica, cultural y simbólicamente.

A mí me escriben maestras diciendo que el niño tiene esto y esto. Yo les digo a las madres, que esa maestra es una atrevida, porque si el niño tiene un desajuste de conducta en la clase se llama a la madre, y bueno la madre ve que hace. Pero la maestra no puede exigir que se le dé la medicación adelante de ella (...). Esto es totalmente personal, pero yo a la maestra no le digo qué medicación doy y qué diagnóstico, porque ya me ha pasado que después se desbordan y adelante de todos dice, fulanito, ya no te dieron la pastillita hoy. Si quieren voy a hablar con la maestra en la escuela, vemos estrategias. Es un tema de la familia con el niño. Yo tengo que preservar al niño para que esté bien. A la maestra no le digo que le doy, pero si pensemos juntos estrategia... (Psiquiatra Infantil MSP, entrevista realizada en diciembre de 2013).

Si un niño tiene un diagnóstico estamos hablando de un niño que tiene un trastorno o un problema, lo que tiene que ver con la parte de conducta o emociones o pensamiento, como cualquier otra parte de la medicina. Pero

lo que tiene que ver con la disciplina, con la parte de límites, aceptar reglas, disciplina, leyes, me parece que es todo un campo que tiene que ver más con lo social o la sociedad que estamos asistiendo a un quebrantamiento de normas sin que haya ninguna patología (Psiquiatra Infantil Salud Privada. Entrevista realizada en diciembre de 2013).

Yo me comprometo mucho, entonces cuando tengo que ir a pelear voy. Este año me mandó una maestra, fulanito es bipolar (...) y entre comillas me pone parece un león enjaulado... ¿cómo va decir eso? La maestra tiene que enseñar, ella es referente. Si opina y le da así la carta a la madre, ¿qué referente va a ser? ¿Por qué no nos ponemos a pensar que le está pasando a ese niño? (Psiquiatra Infantil MSP, entrevista realizada en diciembre 2013).

Con relación a la mirada de las familias en torno a la medicación con psicofármacos de sus hijos/as y los diagnósticos que generan etiquetas desde las instituciones salud y educación aparecen discursos divergentes, a saber:

Para mí a veces es necesaria... la otra vez estuvo un padre con un déficit atencional el niño de libro, exponiéndose a mil situaciones en la escuela de riesgo, le planteé la ritalina, y los padres se negaban, que querían homeopatía, entonces no vengán más. Volvieron, estuvimos trabajando, entonces le di un antimpulsivo, porque en general el déficit atencional va asociado con impulsividad e hiperactividad. Entonces mejoró pero no tanto, fui a la escuela, hablamos con la maestra, la directora, psicóloga, establecimos estrategias en conjunto, ellas hablaron con el padre y probamos la ritalina. El niño dos días y era otro niño, tanto que otras maestras vinieron a decir que divino que estaba ese nene (Psiquiatra Infantil MSP. Entrevista realizada en diciembre 2013).

A veces los padres no están convencidos, por lo general tienen miedo cuando le mandan medicamentos y por lo general, ya te digo, empiezan a probar, a veces ellos mismos los auto medican. Son muy pocos los que dicen 'le estoy dando esto y mira cómo va mejor'... (Directora Escuela Pública. Entrevista realizada en marzo de 2014).

Algunos papás se asustan un montón, pero creo que son más los beneficios. Si está bien medicado y correctamente con el especialista, los beneficios para el niño que lo que le pueda causar, las causas (Directora Colegio Privado. Entrevista realizada en marzo de 2014).

En general no quieren, hay resistencia... En realidad nosotros no le planteamos la medicación, se lo plantean los técnicos (...) Hay situaciones en que debemos ponerlo como condición, por ejemplo cuando hay agresividad, pero en el caso del déficit atencional evidentemente sabemos, le decimos de las consecuencias de no hacerlo, pero la familia es la que tiene la última palabra (Subdirectora y Ex docente Colegio Privado, entrevista realizada en marzo de 2014).

Hay una cultura de “la vecina me dijo que le dé tal cosa” (...) Cómo yo les voy explicando que es lo que genera y que no genera, los padres también se quedan seguros. Yo les digo “Usted lea todo el prospecto... Usted. Hay cosas que va a entender y cosas que no va a entender”. Lo que nosotros vemos es esto, esto y esto, y lo que puede pasar es esto, esto y esto. Y le digo, por ejemplo, que si empieza a tomar la medicación y empieza con una reacción alérgica, vómitos importantes, se le suspende (...) (Psiquiatra Infantil MSP, entrevista realizada en diciembre de 2013).

Cómo ha venido planteándose parecería haber un proceso lento pero sistemático de cambio en torno a los discursos de las instituciones basales de los procesos de sociabilidad con relación a la medicación con psicofármacos en la infancia. Ya no aparece el saber/poder como única condicionante hegemónica que desustancializa al sujeto, sino que parece haber puntos de encuentro con nuevas miradas en torno a esta infancia como sujeto de derecho.

Ha habido algún caso de un niño que entró en coma farmacológico. Hizo una intoxicación. Me aterra cuando veo eso... Ojo en el Colegio creo que como este chico son los contados, los niños con medicación tan fuerte (Psicóloga y Ex docente de Colegio Privado. Entrevista realizada en marzo de 2014).

Tengo experiencia de niños mal medicado, con diagnóstico, pero con dosis no adecuadas con efectos muy negativos, el famoso llamado rebote. Un niño bastante manejable entre comillas en la clase y pasó a ser totalmente distraído, movedido en clase, el efecto totalmente contrario. Incluso, hijo de médicos nos ha pasado... (Subdirectora y Ex docente Colegio Privado, entrevista realizada en marzo de 2014).

Sin embargo, en cuanto al proceso identitario que se va produciendo en el niño/a singular en torno a la patologización de su vida, al etiquetamiento, al diagnóstico-pronóstico, siguen sucediéndose hechos corrientes donde queda desinvertido de su condición de sujeto de derecho para materializarlo en un objeto a modificar y maleable a partir de la medicación, cuando ésta está dada en situaciones de diagnósticos que no son reales “patologías”. En este sentido, resulta relevante recuperar lo planteado por Janin al respecto:

Se confunde el rasgo con el ser (se “es” un trastorno) y la conducta actual con una identidad de por vida. Es decir, se sostiene una concepción ontológica de la enfermedad: no solo se le otorga existencia como algo autónomo sino que se cae en un razonamiento tautológico: si un niño se mueve mucho, es hiperactivo, entonces todo lo que haga (a partir de que se lo denomine de ese modo) va a ser interpretado como efecto de la supuesta enfermedad: hiperactividad (Janin, 2013: 8)

Cerrando este punto, se considera que una vez más Sartre condensa claramente lo que en su generalidad se ha venido planteando, a saber: “Lo que la gente siente oscuramente y le causa horror es que el cobarde que nosotros presentamos es culpable de ser cobarde. Lo que la gente quiere es que se nazca cobarde o héroe. (...) Lo que dice el existencialista es que el cobarde se hace cobarde, el héroe se hace héroe; hay siempre para el cobarde una posibilidad de no ser más cobarde y para el héroe de dejar de ser héroe” (Sartre, 1947: 77).

Reflexiones Finales

Tal como plantea Janin (2013), se está en una época en la cual se le da a las familias diagnósticos y pronósticos muy graves de sus hijos e hijas, ya sea a través de un par de entrevistas, de alguna observación o, peor aún, a partir del relato de familiares y/o docentes en contacto cotidiano con ese niño o niña.

No habría que perder de vista lo indispensable que es esta infancia del siglo XXI para el mundo adulto que la está mirando, juzgando, diagnosticando, etiquetando, patologizando, pronosticando... y muchas veces medicando. En este sentido: “El otro es indispensable a mi existencia tanto como el conocimiento que tengo de mí mismo. (...). Así descubrimos en seguida un mundo que llamaremos la intersubjetividad, y en este mundo el hombre decide lo que es y lo que son los otros” (Sartre, 1947: 40).

Esta intersubjetividad debe ser parte neurálgica en todo proceso de sociabilidad, sin que medien relaciones de poder asimétricas producidas y reproducidas entre el mundo adulto y el mundo infantil, entre el deber ser hegemónico y normalizador y el ser más esencial de sujetos singulares.

Para evitar esta compulsión a las etiquetas infantiles, tal como plantea Sartre, “habría que mostrar la necesidad conjunta de ‘la interiorización de lo exterior’ y de la ‘exteriorización de lo interior’” (2000: 81) Todo proceso de sociabilidad conlleva el entramado intersubjetivo entre el ser particular y el ser genérico, la apropiación como interiorización de lo colectivo y la exteriorización a través de actos y palabras de lo singular. La conjunción de uno y otro movimiento dan cuenta de una real potenciación de los sujetos singulares en sus procesos de producción y reproducción de formas de ser y estar en estas sociedades. Que se nutra y potencie por el reconocimiento de las singularidades dará cabida a la ampliación del campo de los posibles de proyectos de vida sin incluirlos en el derrotero de un camino sinuoso en el porvenir: “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, 200: 81).

Bibliografía

- BARRÁN, J. P. (1992). *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.
- DUEÑAS, G. (2013). “Patologización y medicalización en la educación. Intervenciones subjetivantes sobre las problemáticas con las que nos interpelan hoy las infancias y adolescencias en las escuelas”. *Revista Actualidad Psicología* N°416, Patologización de la Infancia. Buenos Aires: Noveduc.
- JANIN, B. (2013). “El DSM y la medicalización de los niños”. *Revista Actualidad Psicología* N°416, Patologización de la Infancia. Buenos Aires: Noveduc.
- LUNA, R. y SCRIBANO, A. (2007). *Contigo aprendí... Estudios sociales de las emociones*. Córdoba: CEA-CONICET. Universidad Nacional de Córdoba-CUSCH. Universidad de Guadalajara.
- INE (2011). Censo Nacional. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/censos2011/index.html>. Fecha de consulta, 26/02/2014.
- MÍGUEZ, M. N. (2011). *La sujeción cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.

- MITJAVILA, M. Espacio político y espacio técnico: Las funciones sociales de la medicalización. *Cuadernos del CLAE*, Montevideo, n. 62. p. 37-45, 1992 b.
- MSP (2011). Red Salud Mental. Equipo Salud Mental Área Metropolitana y Montevideo, Equipo Salud Mental Interior. Disponible en: http://www.asse.com.uy/uc_5231_1.html. Fecha de consulta, 26/02/2014.
- _____ (2013). Ordenanza Ministerial N° 878/2013. Disponible en: http://www2.msp.gub.uy/uc_8425_1.html. Fecha de consulta, 26/02/2014.
- MURILLO, S. (1997). *El discurso de Foucault. Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno*. Buenos Aires: UBA.
- OMS. (2009). Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en atención primaria en salud. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/paho/2010/9789275331132_spa.pdf. Fecha de consulta, 26/02/2014.
- ONU. (2010). Informe Alternativo del Capítulo Uruguay-Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo al Comité de expertos de los Derechos Económicos Sociales y Culturales. Disponible en: <https://docs.google.com/file/d/0By2dTxBGpUXYTM5NDg3YTctMGJjYS00MzU2LThkMzItODc3ZjAzZDFmN2Fm/edit?hl=en>. Fecha de consulta, 26/02/2014.
- SÁNCHEZ, L. (2011). “Medicalizando Cuerpos, ¿restringiendo futuros?”. Tesis de grado. Montevideo: FCS-UdelaR.
- SARTRE, J. P. (1947). *El existencialismo es un humanismo*. Buenos Aires: Sur.
- _____ (2000). *Crítica de la Razón Dialéctica*. Buenos Aires: Losada.
- _____ (2005). *Lo imaginario*. Barcelona: Losada.
- SCRIBANO, A. (2005). “La batalla de los cuerpos: ensayo sobre la simbólica de la pobreza en un contexto neo-colonial”, en: “Itinerarios de la Protesta y del Conflicto Social”. Centro de Estudios Avanzados. UNC, Instituto Académico Pedagógico de Ciencias Sociales. UNVM.
- _____ (comp.) (2007). *Mapeando interiores. Cuerpo, Conflicto y Sensaciones*. Córdoba: CEA-CONICET. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba: Jorge Sarmiento Editor.
- VASEN, J. (2013). *Contacto niño-animal. La conmovedora experiencia del lazo entre animales y niños con autismo y otras problemáticas graves de la infancia*. Buenos Aires: Noveduc.

Capítulo 3 **Niños inquietos – cuerpos desinvertidos**

Adriana Cristóforo

Introducción

La inquietud es señalada por varios autores (Taborda y Díaz, 2009; Cohen de Lara y Guinard, 2006; Graindorge, 2006; Gaillard, Quartier y Besozzi, 2004; Fouque, 2004, entre otros) como una de las dificultades que presenta mayor incidencia en la consulta por niños.

La misma tiene un importante efecto en el rendimiento escolar y en los aprendizajes de los niños que la presentan, siendo un posible factor de reducción del horario escolar, de exclusión y/o desafiliación escolar. En este sentido se entiende de suma importancia aportar desde la disciplina psicológica nuevos elementos de comprensión a la problemática, más aun si se tiene en cuenta que también opera como un factor de distorsión dentro del núcleo familiar.

Pensar la inquietud sólo como un síntoma que pertenece al niño, como una patología, es simplificarla y no aprehender el problema en su complejidad.

Se entiende por inquietud aquel comportamiento del niño que pone en un primer plano el cuerpo, un cuerpo en movimiento, un cuerpo que se hace presente en detrimento de otros componentes de la subjetividad, que en ocasiones, implica un comportamiento agitado del niño, y una dificultad en el mantenimiento del mismo sobre una actividad específica durante cierto tiempo.

En este punto, es necesario aclarar, que habitualmente la inquietud se patologiza y se la nomina como hiperactividad formando parte del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). En consecuencia es indispensable distinguir la inquietud como una característica epocal, en la que los niños habitualmente se mueven más que en otras épocas, de aquella que adviene un indicio del sufrimiento infantil, de lo que no puede ser puesto en palabras y por eso se ubica en el cuerpo. En este último caso el movimiento no aparece sólo como un síntoma producto de una transacción entre instancias psíquicas, sino como la expresión de un exceso, de lo que no se puede tramitar, representar, y pasa al acto sin poder ser simbolizado.

Ambos modos de la inquietud, como característica epocal y como indicio, será ejemplificada más adelante a través de los dibujos de figura humana de niños consultantes y no consultantes. Se busca mostrar con estos ejemplos algunas características de la constitución de los cuerpos en la actualidad, y como la misma en algunos casos da cuenta de lo que aparece - se muestra como inquietud.

La constitución del cuerpo y la inquietud

La inquietud pone de manifiesto la articulación entre cuerpo y psique y obliga a pensar el papel que ese movimiento tiene en la economía psíquica. Por un lado, aparece como un síntoma psicomotriz, pero al mismo tiempo interpela algo que tiene que ver con los límites del cuerpo, con la imagen corporal y con el lugar de la motricidad en la dinámica psíquica. En este sentido en la medida que se trata de una conducta motriz, son dos los factores que inciden. Por una parte, las fallas del yo como inhibidor de la conducta motriz, y por otra el quantum de energía en el psiquismo, que en este caso se vincula con un plus de excitación que se traduce en movimiento (Vasen, 2007).

De acuerdo con el planteo de Gazon:

Durante las interacciones precoces, la unión de las diferentes modalidades sensoriales, entre el abrigo, la protección, la penetración de las miradas, el contacto piel a piel, la suavidad de las palabras,... aporta al bebé una experiencia de unidad interna, un sentimiento yoico de existencia. Esta genera también una primera organización del cuerpo y un sentimiento basal de identidad' (2006: 621).

El contacto piel a piel, el intercambio de miradas madre-hijo, el ritmo de las palabras dichas, la unidad entre las diferentes sensaciones, juegan un papel fundamental en la experiencia de unidad interna y genera una primera organización del cuerpo y del yo. La presencia de la madre (o su sustituto) y su función continente juegan un rol fundamental en ese proceso (Fouque, 2004; Gazon, 2006; Courtois *et al.*, 2007). Desde esta perspectiva, la inquietud da cuenta de una dificultad en las primeras relaciones y/o en la ligazón madre-hijo, en el holding (Winnicott, 1993) y en las envolturas sustitutas. El holding tiene

1 Texto original en francés. "Durant les interactions précoces, la jonction entre les différentes modalités sensorielles, entre le portage, l'enveloppement, l'interpénétration des regards, le contact peau à peau, le bain de parole... apporte au bébé une expérience de rassemblement interne, un sentiment moïque, d'existence. Cela génère en outre une première organisation du corps et un sentiment basal d'identité".

una doble función, de contención y de limitación. La madre contiene el plus de excitación, a través de su voz, su mirada y su pensamiento, y en esa misma acción ayuda a distinguir que es del niño (yo) de lo que no es de él (no -yo).

Se sabe que el bebé al nacer queda envuelto y desbordado por un exceso de estímulos sensoriales de diverso tipo, y que su psiquismo no puede tramitar más que un pequeño monto de esa energía. Para hacer ese trabajo debe ser protegido, protección que Freud (1920) denominó *sistema de pare-excitación*, que es en parte garantizado por la función materna, en parte por el niño mismo y en parte por ambos (Golse, 2010). En una posición de simetría Golse (2010) propone la noción de *pare-incipitación* que supone un movimiento desde el interior del niño. Este otro sistema de protección ante la excitación de las pulsiones, se relaciona con la capacidad de representación, puesto que esta supone el trabajo de ligazón ante las exigencias de la pulsión. La tensión de la pulsión solo puede ser evacuada por la vía del cuerpo a través de los síntomas, o por la vía psíquica a través de la fantasía y el pensamiento. Este autor plantea que en los niños “llamados hiperactivos” se produce una especie de *vacío* de la pulsión, en tanto la multiplicidad de objetos sucesivos a los que se dirige funciona de hecho como una *ausencia de objeto*.

Se destaca de este planteo el papel que cumple el vínculo con el otro (a través de la mirada, del contacto piel a piel, de la voz, etc.) en el camino que sigue la pulsión para tramitar la tensión.

Esa primera organización yoica que supone una primera unidad del cuerpo, tiene su basamento en los primeros tiempos del contacto con la piel del otro (la madre o quien cumpla la función) y de cómo se haya producido éste. En el proceso de desarrollo, el conjunto de las percepciones propioceptivas y táctiles producidas por el contacto con el cuerpo del otro y las producidas por el movimiento del propio cuerpo serán una forma particular de investimento del yo.

Quando las sensaciones no cumplen la función de alimentar el psiquismo de información, sino que lo saturan de percepciones, quedan investidas ellas mismas. Del mismo modo, la actividad motriz queda investida libidinalmente y por esto desviada de su función de realización. “De alguna manera pasaremos de un placer de función... a un placer de órgano...”² (Fouque, 2004: 204).

Sobre este aspecto, Anzieu aporta el concepto de Yo- piel entendiendo que el yo envuelve al aparato psíquico como la piel al cuerpo: “Con el término de Yo-piel designo una figuración de la que el niño se sirve,... para representarse a sí mismo como Yo” (1985: 50-51).

2 Texto original: “En quelque sorte on passe là d’un plaisir de fonction...à un plaisir d’organe....”

Desde la perspectiva de Bick (1968), la necesidad de producir sensaciones que el niño inquieto presenta, estaría dando cuenta del fracaso en la función de lo que la autora denomina *primera piel*. De acuerdo a su conceptualización, la manera en que la piel oficia de límite, constituye un continente permanente que mantiene ensambladas las diferentes partes de la personalidad aún no integradas. El fracaso de esa función según la autora lleva a la constitución de una *segunda piel* que juega un rol de sustitución de la función de contención de la piel. Esta segunda piel está constituida no a partir de un objeto externo continente sino a partir de la musculatura. Por el contrario, si la función continente está presente, la identificación con esa función da origen a la fantasía del espacio interno y externo, por tanto hasta que tal identificación no se produce no aparece el concepto de un espacio dentro del *self* (Bick, 1968).

El investimento pulsional propio de esa segunda piel está formado por la agresividad y no a partir de la pulsión de apuntalamiento como es la que se produce en la construcción del Yo piel (Anzieu, 1985). En este sentido Anzieu refiere que: “El mal funcionamiento de la ‘primera piel’ puede conducir al bebé a la formación de una ‘segunda piel’, prótesis sustitutiva, que reemplaza la dependencia normal en relación con el objeto continente, por una pseudo independencia” (1985: 211).

Desde esta perspectiva la inquietud puede constituirse también en una defensa frente a la angustia que genera la separación y un mecanismo de control del objeto.

Si el niño no logra “encontrarse” con el cuerpo del otro, en tanto es un cuerpo que no consigue apuntalarlo de manera suficiente, no obtendrá la unidad necesaria para que pueda representarse a sí mismo como Yo. Si la madre tiende a investirse predominantemente a sí misma, su propio cuerpo y sus sensaciones, puede causar dificultades al niño en este proceso.

Como se mencionó ya, en la construcción del Yo-piel Anzieu (1985) entiende que juega un rol fundamental la función de apuntalamiento. En esta línea Cohen de Lara y Guinard (2006) encontraron en su investigación que la fragilidad del funcionamiento psíquico en los niños inquietos podría responder precisamente al fracaso en la función de apuntalamiento.

La función de apuntalamiento es trabajada por Kaës (1992) a partir de la noción freudiana de apoyo de la pulsión en las funciones biológicas. De acuerdo con su noción, el apuntalamiento es un concepto apto para dar cuenta de las relaciones entre la psiquis, el cuerpo, el grupo y la cultura. Kaës (1980), plantea que el psiquismo se apuntala en el cuerpo, en la madre y en el grupo. Luego (Kaës, 1992) que la psiquis tiene dos bordes y sobre estos dos bordes se realiza el apuntalamiento:

- el borde que remite al cuerpo
- el borde que remite a la cultura

El borde que remite al cuerpo se relaciona con las nociones más arriba trabajadas de *Yo-piel* (Anzieu) y las de *primera y segunda piel* (Bick). El apuntalamiento de la pulsión, es posible si la madre y su entorno apuntalan al niño

Desde otra perspectiva Rodulfo, vincula este primer tiempo del desarrollo con el *fort/da*:

A través de esta operación fort/da emerge el primer espacio fuera del cuerpo materno para vivir...Es un modo primordial de simbolización, donde va a jugar un papel central la agresividad cumpliendo esa función de separación simbólica (...) Gracias a esta función de la agresividad de “arrojar fuera” va constituyéndose un espacio desplegado que no es ya el espacio aplastado sobre el cuerpo del otro. (...) El acto de arrojar afuera produce simultáneamente un adentro y un afuera, distinto a un momento anterior donde el espacio correspondía al propio de la especularidad (1985: 34-36).

Parecería que en el niño inquieto esa agresividad queda en el propio cuerpo, en su musculatura, al servicio de la segunda piel. La hipertonia de estos niños entonces, parece responde a una tentativa de mantener la integridad. En este sentido Fouquet (2004) plantea que ese investimento de órgano, produce un borde donde el yo, ante el temor a la desintegración por la falta del objeto, vuelve a encontrar un basamento para su integración. Cuando las primeras relaciones de objeto son carentes, el niño no podrá interiorizar una imago suficientemente tranquilizadora que le permita sostener la ausencia, sin el temor a la pérdida de integridad y de esa forma mantener su continuidad subjetiva.

Es una soledad que lo deja a solas con su propio deseo: “...la primer tarea de un sujeto no es simplemente la de unificarse; la complicación es unificarse integrando a cada paso en la superficie corporal los cortes, las disyunciones centrifugas ocasionadas por el desear. Cuando se dice entonces, ‘incapaz de salir de la madre’ hay que añadir algo: ‘por temor (o por angustia) de su desear’” (Rodulfo, 1988: 91).

Es interesante la perspectiva de Rodulfo al incluir el deseo, en relación a la unificación del cuerpo, puesto que es el deseo, vehiculado por la inscripción del otro en el cuerpo, quien transforma al organismo en cuerpo.

Dolto plantea al respecto que: “...el deseo se fija y se especifica como diferente de la necesidad, por el hecho de la zona de ruptura última entre el cuerpo de la persona-nodriz que sirvió para la satisfacción del deseo, y el lugar de su cuerpo propio por el cual el niño satisfacía dicha necesidad”³ (1983: 256-257).

³ El subrayado es de la autora.

Esa ruptura hace presente el deseo como algo propio para el niño, marcando los límites de su propio cuerpo y la discriminación-separación del cuerpo del otro. Se considera que es en esta interfase donde se instala el problema del niño inquieto (inquietud en el sentido de indicio) en tanto supone la ausencia de la madre, y el terror a esa ausencia puede dejarlo prendado del deseo del otro.

Un ejemplo que surge en la clínica es un clara muestra de lo dicho: Federico,⁴ durante la primer entrevista, realiza un pormenorizado relato sobre todo lo que hace durante el día, repitiendo cada poco tiempo y casi como una muletilla “*todo eso hago*”, se le señala esto y contesta: “*porque a mamá le gusta que me porte bien y que haga las cosas*”. Federico parece estar más ubicado en el deseo de la madre que en su propio deseo, y su movimiento permanente estaría dando cuenta de un mecanismo para sostener ese deseo, a la vez que lo mantiene unido a ella.

Serían las fallas descritas en la constitución psíquica lo que no permite a los niños inquietos, dominar la excitación de los impulsos y ligar la energía a una representación. La representación permite el reconocimiento y cualificación de la necesidad pulsional y de esa forma tramitarla de acuerdo al principio de realidad (Sammartino, 2007). Al no producirse esa ligazón queda un excedente de energía que será descargada por la vía motriz.

Condiciones actuales de producción del contexto socio-histórico

Como se dijo anteriormente, el entorno familiar y social tiene la función de apuntalar a la madre, para que esta pueda cumplir con la función de apuntalamiento del hijo. Es necesario entonces analizar cuáles son las condiciones del contexto a las que se hace referencia cuando al hablar de la inquietud como una característica epocal. Se parte de la premisa que el contexto socio-histórico actual es uno de los factores que inciden en el aumento de la inquietud en los niños.

En relación al aumento de las consultas por niños inquietos caben por lo menos dos preguntas: ¿efectivamente los niños son más inquietos actualmente? En ese caso, ¿cómo se puede entender dicho aumento de la inquietud? Incluso una tercera pregunta: ¿son los niños más inquietos, o los adultos tienen menos tolerancia a la “vitalidad” de la infancia?

Cuando un niño nace y se cría sobre la base de un contrato que establece con el grupo social al que pertenece. Para Aulagnier (1977) afirma que es a través del contrato narcisista que el grupo catectiza al infans como voz futura y le impone que repita los enunciados sociales y que garantice su permanencia. Como

⁴ Federico es un niño de 8 años que consulta por problemas en la atención acompañados “*de la necesidad de estar siempre moviéndose*”, según relata su madre.

contraparte el niño ocupará un lugar, incierto, a construir. En este marco cada sociedad sostiene ideales en relación a cómo debe ser un niño, ideales que son transmitidos tempranamente.

No son sólo las condiciones de pobreza y marginalidad las que ponen a la infancia y a la adolescencia en situación de vulnerabilidad y cosificación. La lógica del consumo, la medicalización de la sociedad, el uso del cuerpo como objeto, la patologización de conductas no esperables y del sufrimiento cotidiano, son representantes en nuestra sociedad de la violencia secundaria (Aulagnier, 1977), puesto que suponen un desconocimiento del otro en tanto otro.

El grado de tolerancia de una sociedad al funcionamiento de los niños se funda sobre criterios educativos variables. La representación de la infancia depende de cada momento histórico y de la imagen que tiene de sí mismo el grupo social. De esta forma algunas conductas que no entran dentro del ideal de la cultura hegemónica, automáticamente tienden a patologizarse o censurarse.

Entonces, ¿cuáles son esos enunciados sociales que nuestra sociedad actual, posmoderna, impone a los niños? La exigencia de estar-ser activos que este momento socio-histórico impone a los niños deja a sus cuerpos en el lugar del goce, ya no como lugar del placer.

Una propaganda emite este mensaje: “Te diste cuenta que el mundo vive en movimiento, las cosas que nos rodean se mueven, pero nuestros cuerpos no. Inspirados en situaciones reales vimos que, cuanto más feliz estás más te mueves, eso explica los saltos de alegría, porque cuanto más te ríes, más difícil es parar, los festejos explosivos, o las fiestas que siguen hasta el amanecer, y si te mueves más, más feliz eres, MOVIMIENTO ES FELICIDAD, FELICIDAD ES MOVIMIENTO”.

El mensaje explícito, que de por sí es lo suficientemente paradigmático de este tiempo, estimula al movimiento del cuerpo equiparándolo a la felicidad. Sin embargo, el mensaje implícito, refiere a la estimulación al exceso y el consumo. “La manipulación de los mensajes ordena la vida de los hombres, las mujeres y los niños, crea necesidades, anhelos y objetivos” (Sammartino, 2007: 53).

La lógica del exceso que instala la sociedad de consumo, lleva consigo un exceso de estimulación al aparato psíquico proveniente de lo social, un exceso de exigencias. La capacidad para procesar el plus, como se dijo más arriba, proviene de la función materna de pare-excitación y del sistema de pare-incipitación que surge de la capacidad del niño de ligazón de la pulsión.

Entonces, cabe plantearse, ¿qué efecto tiene esta lógica del exceso y el consumo en los dos sistemas de pare-excitación y pare-incipitación?

Una de las hipótesis que se propone (Rigat y Talarn, 2009; Sammartino, 2007; Stolkiner, 2004) refiere al peso que tiene el cambio social en el ejercicio de las funciones parentales. Por una parte, la declinación de la función paterna ligada entre otras cosas, a la crisis de la autoridad. Por otra, la del cambio en la función materna producida por la priorización, desde lo social, de lo económico y profesional frente a la crianza, lo que incide en el vínculo madre-bebé (Stolkiner, 2004).

La estimulación al consumo al mismo tiempo, produce una suerte de inestabilidad del objeto, ya que permanentemente se “ofrecen” nuevos objetos para satisfacer la necesidad; situación que se parece mucho a lo que se señaló más arriba, de la multiplicidad de objetos a los que se dirige el niño llamado hiperactivo. Recuérdese que ambos sistemas pare-excitación y pare-incitación, sistemas de protección frente a las excitaciones que provienen del exterior o del interior, tienen un efecto de *primera piel* (Bick, 1968), que establece el límite yo no-yo.

En síntesis, el contexto socio-histórico actual y la cultura del consumo que lo caracteriza, no ofrecen el apuntalamiento necesario a las figuras encargadas del cuidado, en tanto los incita al exceso y produce también en ellas una obre excitación. Es en esta medida que se ve comprometida a su vez la función de apuntalamiento del psiquismo del niño por parte de dichas figuras.

Los dibujos como expresión de los cuerpos

En diversas investigaciones, culminadas y en curso,⁵ que utilizan el dibujo de la figura humana como instrumentos de recolección de datos, se han hallado ciertas particularidades poco frecuentes en los mismos (ojos vacíos, alteraciones de la Gestalt, ausencia de detalles, simplificación de la figura humana, líneas abiertas, entre otros), que interpelan a la Psicología como disciplina, en relación a los cambios que las producciones gráficas presentan en el contexto actual.

Reconocer a los niños en su subjetividad supone, darles la palabra, reconocerlos como sujetos de derecho. Restituirles la palabra implica generar las condiciones para que puedan enunciar lo que padecen: “El desafío particular al que nos enfrentan los niños/as es que hay que escucharlos cuando todavía no han accedido cabalmente al lenguaje o reconociendo la particularidad del lenguaje infantil. Se trata, entonces, de reconocerlos en sus gestos” (Stolkiner, 2013).

⁵ La función atencional en la generación Millenium. Cristóforo, Pou, Delgado, Valazza. CIC-P. - Psicoterapia grupal psicoanalítica para niños con dificultades en la atención. Cristóforo- Tesis de Doctorado- Efectos subjetivos de la inserción en CECAP y su vinculación con la permanencia en la institución. Achard. Tesis de Maestría en Psicología Clínica.

La psicología como ciencia y como disciplina se interroga sobre las significaciones de los gestos, los actos y los comportamientos. El acto de dibujar, y su producto el dibujo, ha sido un modo de comunicación social y cultural en la historia de la humanidad y es una de las formas de expresión más tempranas en la evolución de los niños. Detrás del trazo se encuentran el ademán, el movimiento del cuerpo, y una conexión de significados que tendremos que develar.

La riqueza, el grado de integridad de un dibujo, la disposición de sus partes, son en cierta medida reflejo de una cultura a la vez que expresión de las características subjetivas del niño.

El dibujo es signo y expresión de la persona, pertenece a todo el sistema simbólico de comunicación, es un compromiso entre eso que pertenece al sujeto (su mundo interior) y aquello que no pertenece al sujeto (el mundo exterior). Se entiende que ese compromiso entre mundo interior y mundo exterior, es constitutivo del psiquismo, que se conceptualiza como un sistema abierto a nuevas inscripciones. En la constitución del psiquismo no hay estrictamente un interior y un exterior, puesto que el mismo surge de las inscripciones que el otro del vínculo produce.

Se comprende de esta forma a la actividad gráfica como una manifestación de un estado psicológico que asimilará el acto de dibujar a la inclusión del yo en un mundo simbólico. En este sentido los trazos, como los sonidos y las palabras, pueden más adelante devenir en soporte de un aprendizaje socializante y constituirse en lenguaje.

El dibujo es un soporte donde se mezclan y entrelazan las significaciones del objeto y las características de la persona. Es el producto de un “diálogo” inconsciente que busca conciliar las exigencias del sujeto y las del objeto, diálogo que organiza el conocimiento y permite reducir la distancia entre el yo y el no yo. Es, en definitiva, el producto de un conjunto de procesos, perceptivos, cognitivos, subjetivos y socioculturales, que subyacen y dan forma a la imagen.

En cada dibujo se pueden observar las variaciones y las convergencias entre componentes motrices, perceptivos, ideatorios, cada uno de los cuales es portador de dimensiones socioafectivas más o menos explícitas. De esta forma, se entiende que los cambios socioculturales tienen efectos en los dibujos de los niños en dos sentidos. En primer lugar en lo que refiere a los significantes gráficos disponibles. En una cultura en la que predomina la imagen como forma de expresión, se han introducido una serie de “prototipos humanos”, que forman parte del entorno cercano de niños y adolescentes y que son incorporados por ellos como formas de expresión. En segundo lugar, el cambio en los modos de jugar que incide en

los componentes motrices del acto de dibujar, así como en los modos en que el cuerpo se constituye.

Dibujar es ejecutar movimientos de la mano con la intención de hacer visible un trazo sobre la hoja de papel. Es esta intención la que agrega a la acción motriz la dimensión simbólica del dibujo. Los movimientos sin duda son una condición necesaria para realizar un dibujo, sea figurativo o no. Este componente motriz es tributario de la maduración neuromuscular, por lo que no puede ser considerado independientemente de la edad del sujeto. Pero también se sabe que el desarrollo de la motricidad depende de otras experiencias del sujeto, en donde interviene lo sensorial, los aprendizajes, lo afectivo, la historia libidinal, y lo social-cultural.

Para la Psicología, y para los estudios de los dibujos en general, el dibujo de la figura humana (DFH) es una producción privilegiada, entre otras cosas porque es la primera figura que el niño realiza con intención de representarla. Además, el dibujo de la figura humana es un dibujo privilegiado porque a través del dibujo de un personaje, es siempre un poco a él mismo a quien el autor del dibujo quiere representar, en parte inconscientemente, razón por la cual es tan importante en la clínica con niños y adolescentes.

Osterrieth y Cambier (1976, en Wallon, Cambier y Engelhart, 2011) desarrollan la idea de que el dibujo realizado como consecuencia de una consigna, a diferencia del dibujo espontáneo, posee unos constituyentes propios. Consideran el papel de la consigna, la importancia del componente motriz y del componente perceptivo, y finalmente las fantasías ligadas al tema propuesto. Los dibujos realizados a partir de consignas, como es el caso de los test, ponen en marcha un “recorte” representacional, aquel que promueve los contenidos de la consigna.

Pensar los dibujos

Los dibujos que se presentan a continuación son el producto de la consigna “dibuja una persona lo más completa que puedas”, por lo que juega un papel importante la noción de completud del niño, en relación a las fantasías ligadas al cuerpo.

Tal como se señaló más arriba, se ha notado un cambio en las características de las producciones gráficas de los niños, más específicamente en lo que refiere al dibujo de la figura humana. Se estableció la premisa a partir de la cual se vincularon esas características de los dibujos con el contexto social-cultural, con los investimentos del cuerpo, con los momentos de la constitución de la primera piel.

Se presentarán para dar cuenta de ello, dos tipos de producciones. En primer lugar dibujos de niños no consultantes,⁶ que tienen entre 6 y 7 años de edad, cuyas características formales y de contenido dan cuenta de procesos psicológicos que interrogan sobre las condiciones en las que se produjo la constitución del cuerpo.

En segundo lugar se presentan los dibujos de la figura humana de dos niños que consultaron por desatención e inquietud,⁷ que muestran de un modo particular, cómo su inquietud se vincula con una falla en la constitución del cuerpo, y de la primera piel como soporte del Yo.

a) Niños no consultantes.

Los dibujos que se presenta fueron elegidos con un criterio de “casos típicos” en el entendido que los mismos son característicos de los 60 dibujos recogidos en la investigación, respecto a uno de los indicadores analizados. Específicamente se muestran tres producciones cuyas características se vinculan más con el objetivo del presente artículo y que corresponde al indicador *alteración de la gestalt*. El 46% de los dibujos presentó este indicador, que se definió como deformaciones en el cuerpo, o alteraciones de la simetría. Se eligió en este caso trabajar sobre este indicador porque el mismo se relaciona con la imagen de sí mismo a través de la imagen del cuerpo, y con la organización del yo, ambos aspectos implicados en la inquietud.

El primer dibujo es el realizado por Amalia (fig. 1), una niña de 7 años que cursa 1º año escolar. Se destacan las alteraciones en el cuerpo a nivel de los hombros y el cuello fundamentalmente, y la diferencia en el tratamiento de los brazos. Se señala también zonas abiertas que dan cuenta del fracaso en la delimitación yo-no yo

⁶ En este caso son dibujos que forman parte del material recogido en la investigación La función atencional en la generación Millenium. Interrogando al diagnóstico de ADD ADHD. Cristóforo, Delgado, Pou y Valazza (2009-2013)

⁷ Son dibujos que corresponden a la tesis doctoral Psicoterapia en situación de grupo para niños con dificultades en la atención. Cristóforo. (2010-2013)

Figura 1



Fuente: elaboración propia.

Los dibujos de Joel de 6 años (fig. 2) y Luis de 7 años (fig. 3) muestran deformaciones de distintos grados en el cuerpo que muestran un cuerpo con fallas en su constitución como unidad que habilita una primera organización del yo.

Figura 2



Fuente: elaboración propia.

De acuerdo a lo que se ha planeado anteriormente estas características de los dibujos, se pueden pensar como producto de un “desencuentro” con el cuerpo del otro, un cuerpo que no ha podido apuntalarlo de manera suficiente, por lo que no logra la unidad necesaria para que pueda representarse a sí mismo como Yo. Como consecuencia el Yo no posee una adecuada integración que le permita cumplir con la función de inhibición.

El alto porcentaje de dibujos que presentaron alteraciones de la Gestalt, puede ser considerado como una representación del aumento de la inquietud en los niños en tanto característica epocal.

Figura 3



Fuente: elaboración propia.

b) Niños consultantes

En este caso los dibujos presentados fueron obtenidos en el marco de consultas por niños que presentan inquietud, indicio de su sufrimiento, en el sentido explicado más arriba.

Fernando es un niño de 8 años, que cursa 3º año escolar y que consulta por una importante inquietud y desatención. La maestra lo describe como un niño muy inteligente, pero que no logra quedarse quieto en clase, por lo que su rendimiento no es el esperado.

El dibujo de Fernando (fig. 4) muestra una suerte de “continuidad” adentro-afuera, en tanto salen de su cuerpo exhalaciones de la boca y las manos. Conjuntamente con esto, el dibujo de Fernando da cuenta de un exceso: diversos dibujos y letras llenan el espacio, de la misma forma que su cuerpo al moverse. En este sentido podemos pensar que este dibujo muestra una falla en los sistemas de pare-excitación y de pare-incipiación, ya que por una parte no hay un tope a lo pulsional, fracasando su capacidad de ligazón, y por otra, está expuesto a una cantidad de estímulos externos que no puede tramitar, en tanto suponen un plus de excitación que se traduce en movimiento. La pluralidad de estímulos a los que se siente expuesto, aparece a través de dibujos que no tienen conexión entre sí, dan cuenta de lo que no puede tramitar, plus de excitación que vehiculiza a través de su movimiento permanente.

Figura 4



Fuente: elaboración propia.

El segundo ejemplo Santiago, es un niño de 9 años con muchas dificultades en su aprendizaje que responden a su imposibilidad de atender en clase, ya que se mueve continuamente, a lo que se agregan conductas agresivas con sus compañeros. En su dibujo (fig. 5) se puede ver el efecto sobre el cuerpo de la sobre estimulación y de las fallas en el holding, de la que habla Bick en su noción de segunda piel, defensa frente al temor a la pérdida de integridad. La rigidez del dibujo, que recuerda a un robot, se puede pensar en relación a la segunda piel, en donde la musculatura cobra un papel fundamental. El dibujo de Santiago muestra en esa rigidez, esa segunda piel constituida a partir de la musculatura. En este caso el yo encuentra en esto un soporte para su integridad, ante el temor a la desintegración por la falta de objeto. Acá la actividad motriz queda por esto investida ella misma y desviada de su función de realización.

Figura 5



Fuente: elaboración propia.

Consideraciones finales

La inquietud en la medida que pone en primer plano al cuerpo, no puede ser fenómeno pensado de manera lineal. El cuerpo como noción supone la articulación de factores socio culturales, histórico libidinales y familiares entre otros. En este sentido, significar la inquietud como hiperactividad (dentro del TDHA), es simplificarla, dispositivo propio de la medicalización.

El cuerpo y el yo se constituyen conjuntamente, de manera que las fallas en la constitución de uno, supone un cierto nivel de fallas en la del otro.

Los dibujos de la figura humana son una producción privilegiada para estudiar ambos aspectos. Sin embargo, el marco conceptual desde el cual son interpretados también puede estar atravesado por una lógica medicalizadora, si se pierde el contexto socio-cultural del niño que lo realiza y tomamos como patológicos elementos del dibujo que no se corresponde con la norma establecida por el test.

Es imprescindible entonces pensar los dibujos como productos de un compromiso donde se mezclan y entrelazan las significaciones del objeto, los significantes culturales y las características de la persona; antes que como técnicas estandarizadas.

Bibliografía

- ANZIEU, D. (1985). *El yo piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- AULAGNIER, P. (1977). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- BICK, E. (1968). “La experiencia de la piel en las relaciones de objeto tempranas”. *International Journal of Psychoanalysis* Vol. XLIX, N° 2-3. Disponible en: <http://www.asociacionbick.org/cast/articulos.html>. Fecha de consulta, 26/05/2015.
- COHEN DE LARA, A., GUINARD, M. (2006). “Trouble déficitaire de l’attention avec hyperactivité: premiers résultats psychodynamiques d’une étude criose”. *Neuropsychiatrie de l’enfance et de l’adolescence* N° 54, pp. 277-283.
- COURTOIS, R., CHAMPION M., LAMY C. y BRÉCHON G. (2007). “Hyperactivité chez l’enfant: réflexions sur les mécanismes psychopathologiques sous-jacents”. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* Vol. 165, N° 6, pp. 420-427.
- DOLTO, F. (1983). *El juego del deseo*. México: Siglo XXI.
- FOUQUE, T. (2004) “L’hyperactivité comme processus limite”. *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence* Vol. 52, N° 4, pp. 202-209.
- FREUD, S. (1920). “Más allá del principio del placer”, en: *Obras completas*. Tomo XVIII. pp. 1-62.
- GAILLARD, F., QUARTIER, V. y BESOZZI, G. (2004). “Más allá de la inquietud: Un detallado análisis retrospectivo de 30 casos estudiados en la Clínica de Psicología de la Universidad de Lausanne”. *Revista Argentina de Neuropsicología* Vol. 2, pp. 15-24.
- GAZON, V. (2006). “De la psychomotricité et de la place du corps dans l’hyperactivité”. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* Vol. 164, N° 7, pp. 620-624.
- GOLSE, B. (2010). *L’enfant excitable: système pare-excitation, système pare-incitation*. En: *Les destins du développement chez l’enfant*. 181-187. Paris: Eres. Disponible en: www.cairn.info/les-destins-du-developpement-chez-l-enfant--9782749212319-page-181.htm. Fecha de consulta, 22/05/2015.
- GRAINDORGE, C. (2006). “Hyperactivité de l’enfant: une approche psychopathologique”. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* Vol. 164, N° 7, pp. 607-612.
- KAËS, R. (1980). *El apoyo grupal del psiquismo individual: algunas concepciones teóricas en relación a los conceptos de individuo y grupo*. Buenos Aires: Temas de Psicología Social.

- _____ (1992). “Apuntalamiento y estructuración del psiquismo”. *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo*. 3- 4. XV, (1991); 2, (1992), Buenos Aires.
- RIGAT, A. y TALARN, A. (2009). “Hipermodernidad e infancia. Reflexiones críticas sobre la visión actual de la Psicopatología infantil”. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* Vol 1, Nº 1, pp. 599-608. Disponible en: http://infad.eu/RevistaINFAD/2009/n1/volumen1/INFAD_010121_599-608.pdf. Fecha de consulta, 22/05/2015.
- RODULFO, M. (1985) “La transferencia como garabato. Apuntes Generales”, en: Rodulfo, R. y Rodulfo, M., *Clínica Psicoanalítica en niños y adolescentes. Una introducción*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- RODULFO, R. y RODULFO, M. (1986). *Clínica Psicoanalítica en niños y adolescentes. Una introducción*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- RODULFO, R. (1988). “De las fobias universales a la función universal de la fobia”. *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados* Nº 15.
- SAMMARTINO, M. E. (2007). “La hiperactividad infantil como un signo de los tiempos”. *Intercanvis* Nº 19, pp. 53- 61. Disponible en: <http://intercanvis.es/porthlm/19>. Fecha de consulta, 22/05/2015.
- STOLKINER, A. (2004). “Las familias y las crisis”. *Cuestiones de infancia* Nº 8, pp. 136-151. Disponible en: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/225>. Fecha de consulta, 22/05/2015.
- _____ (2013). “¿Qué es escuchar un niño?: Escucha y hospitalidad en el cuidado en salud”, en: Dueñas, G., Kahansky, E. y Silver, R. (comps.): *La Patologización de la Infancia (III)-Problemas e intervenciones en las aulas*. Buenos Aires: Noveduc. pp. 71-84.
- TABORDA, A. y DÍAZ, H. (2009). “El trastorno de déficit atencional ¿un malentendido actual?”, en: Taborda, A. y Leoz, G. (comps.), *Configuraciones actuales de la psicología educacional. Desde la clínica individual hacia una clínica en extensión*. San Luis: Nueva Editorial Universitaria. pp. 239-262.
- VASEN, J. (2007). *La atención que no se presta.: el “mal” llamado ADD*. Buenos Aires: Noveduc.
- WALLON, P., CAMBIER, A. y ENGELHART, D. (2011). *Le dessin de l'enfant*. Paris: PUF.
- WINNICOT, D. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Barcelona: Paidós.

Capítulo 4 **Coerción farmacológica y derechos humanos**

Javier Palummo

“Risperidona, Metilfenidato, Clonazepan, Valproato y Sertalina, 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 queja”

(Míguez, 2011)

“El Comité recomienda al Estado parte [Uruguay] que adopte medidas eficaces para hacer frente al aumento de la administración de la droga Ritalin a niños como método de controlar su conducta”

(Naciones Unidas, 2010)

Consideraciones previas

El presente documento aborda desde una perspectiva de derechos humanos la existencia de prácticas institucionales y profesionales que implican de una forma más o menos explícita, la utilización de algunos fármacos como mecanismo de coerción, control y disciplinamiento de niños, niñas y adolescentes.

A esos efectos se avanzará en la conceptualización de la temática como una violación de derechos humanos para luego profundizar en algunos de los antecedentes desde la perspectiva del derecho internacional. También serán abordadas las principales obligaciones de los Estados en relación a dichas prácticas, planteando explícitamente la realidad nacional a través del análisis denominado “caso metilfenidato” que fuera objeto de acciones judiciales.

Por último, se realizarán una serie de consideraciones finales en relación a los avances y la situación actual para el abordaje de la temática desde una perspectiva de derechos humanos.

La coerción farmacológica como violación de derechos

En primera instancia corresponde conceptualizar a la coerción farmacológica como una violación de derechos desde la perspectiva del derecho internacional de los derechos humanos.

Para abordar esta temática es necesario mencionar que los Estados tienen responsabilidades muy claras en relación al funcionamiento de las instituciones que tienen a su cargo el cuidado, la prestación de servicios de salud y la educación de los niños, niñas y adolescentes que en ellas se encuentran, no importando si se trata de instituciones públicas u oficiales, privadas, o mixtas. Esto es muy claro, en tanto el derecho internacional de los derechos humanos no admite argumentaciones basadas en una dicotomía entre lo público y lo privado que tienden a desconocer o restringir injustificadamente los derechos humanos (CIDH, 2009).

En el caso específico de la prestación de servicios públicos, la delegación a la iniciativa privada exige como elemento fundamental la responsabilidad de los Estados en fiscalizar su ejecución, para garantizar una efectiva protección de los derechos humanos de las personas bajo su jurisdicción y para que los servicios públicos sean provistos a la colectividad sin cualquier tipo de discriminación, y de la forma más efectiva posible (Palummo, 2013).

Asimismo, en los casos en los que los servicios no estatales desempeñan una función preponderante, los Estados tienen “la obligación de supervisar y regular su calidad para garantizar que se protegen los derechos del niño y se atiende a su interés superior”. (Comité de los Derechos del Niño, 2006: 32; Comité de los Derechos del Niño, 2003: 43; Comité de los Derechos del Niño, 2002: 630-653)

El Comité de los Derechos del Niño, en tanto órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño por sus Estados Partes, ha expresado en reiteradas oportunidades su preocupación sobre el fenómeno al referir a la Salud básica y bienestar de niños, niñas y adolescentes, en los siguientes términos:

Al Comité le preocupa también la información de que se han diagnosticado erróneamente el trastorno de la concentración e hipercesnia y el déficit de atención y que, por lo tanto, se han prescrito en exceso fármacos psicoestimulantes, a pesar de que los efectos perjudiciales de esos fármacos son cada vez más evidentes.

El Comité recomienda que se realicen estudios más a fondo sobre el diagnóstico y el tratamiento del trastorno de la concentración e hipercesnia y del déficit de atención, en particular sobre los posibles

efectos negativos de los fármacos psicoestimulantes para el bienestar físico y psicológico de los niños, y que se utilicen en la medida de lo posible otras formas de manejo y tratamiento de esos trastornos del comportamiento (Comité de los Derechos del Niño, 2005: párrafo 50).

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) es el órgano de fiscalización independiente encargado de vigilar la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas. Desde 1994, la Junta ha venido vigilando estrechamente los usos médicos en todo el mundo del metilfenidato, un estimulante incluido en la Lista II del Convenio de 1971 (Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas, 1971).

Según esta dependencia especializada de Naciones Unidas el uso indebido de estimulantes anfetamínicos está alcanzando proporciones epidémicas.

El metilfenidato, que es un estimulante del sistema nervioso central cuyas propiedades son análogas a las de las anfetaminas, cuyo uso indebido es tan corriente, se utiliza cada vez más para el trastorno de déficit atencional por hiperactividad (TDAH) entre los niños. El consumo mundial lícito de la sustancia (que se comercializa principalmente bajo la denominación "Ritalin") pasó desde menos de tres toneladas métricas en 1990 a más de diez toneladas en 1995. Corresponde a los Estados Unidos cerca del 90 por ciento del total del consumo mundial de la sustancia (JIFE, 1997).

De acuerdo a este informe cuando se llamó la atención sobre el problema del metilfenidato se plantearon diversas cuestiones: la posibilidad de que se recurra con demasiada facilidad al diagnóstico de "trastornos de la concentración (ADD)",¹ prácticas discutibles de promoción de la utilización de metilfenidato, desviación de las sustancias hacia canales ilícitos y un incremento de su uso indebido.

El metilfenidato ofrece muchas posibilidades de uso indebido y por eso fue una de las primeras sustancias que quedaron sometidas a la fiscalización internacional en la Lista II del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 (JIFE, 1997).

¹ De acuerdo al informe referido los síntomas básicos del ADD consisten en la falta de atención, la impulsividad y, en algunos casos, la hiperactividad. Por lo general el diagnóstico de ADD corresponde a chicos de 6 a 14 años de edad. Ahora bien, también suscita preocupaciones el hecho de que los médicos recurren al metilfenidato como solución "fácil" para problemas de comportamiento que quizá tengan causas complejas. Los críticos previenen de que la determinación por progenitores y profesores de lo que constituye "falta de atención" e "impulsividad" es muy subjetiva y de que las prácticas que siguen los médicos para prescribir metilfenidato distan mucho de ser uniformes.

En el año 1998 ya la Junta hacía un llamamiento

a todos los gobiernos para que ejerzan una estricta vigilancia con miras a impedir el excesivo diagnóstico de trastornos de la concentración (ADD) en niños y el tratamiento médicamente injustificado con metilfenidato y otros estimulantes. Las autoridades competentes de algunos de los países en que se consume cada vez más metilfenidato han informado a la Junta de que se proponen emprender investigaciones al respecto. La Junta acoge con satisfacción esas iniciativas (JIFE, 1998).

En un documento de antecedentes titulado “Control of use of methylphenidate in the treatment of ADD” (Control del uso de metilfenidato en el tratamiento del ADD), preparado para la segunda Reunión de expertos sobre estimulantes de tipo anfetamina, se recomendó que la vigilancia detallada de las tendencias también debía ser realizada por los países que sólo recientemente habían comenzado a utilizar el metilfenidato para el tratamiento del trastorno de déficit atencional por hiperactividad (TDAH), a fin de prevenir desde el comienzo cualquier uso indebido de la sustancia. (JIFE, 1998)

La Junta ha expresado su preocupación por la prescripción de estas drogas sin tener en cuenta el riesgo inherente de uso indebido y narcodependencia. (JIFE, 1999)

La Junta ha solicitado a todos los gobiernos que ejerzan la más estricta vigilancia a fin de impedir el “diagnóstico excesivo” del Trastorno de Déficit Atencional por Hiperactividad (TDAH) en niños y el tratamiento médicamente injustificado con metilfenidato y otros estimulantes. La Junta invita a la OMS a que evalúe con carácter prioritario la frecuencia del trastorno referido en varias partes del mundo, los criterios de diagnóstico del TDAH, y el empleo de metilfenidato y otros estimulantes, o de cualquier otra forma de tratamiento de este trastorno en niños.

En el mismo sentido conviene mencionar que la Organización Mundial de la Salud ha referido a existencia de una “Epidemia del uso de estimulantes tipo anfetamina (ETA)” (OMS, 2005: 95).

En el contexto referido es claro que los Estados a través de sus autoridades sanitarias deben hacer todo lo posible por evitar el diagnóstico excesivo del trastorno de déficit atencional por hiperactividad (TDAH) entre los niños y el tratamiento a base de metilfenidato que no esté justificado por razones médicas válidas. Para lo cual es preciso que desarrollen nuevos mecanismos de control y además que establezcan un protocolo para la prescripción del fármaco.

En el caso de Uruguay es preciso mencionar que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha recomendado explícitamente que el Estado adopte medidas eficaces para hacer frente al aumento de la administración de la droga “Ritalin” a niños como método de controlar su conducta (Naciones Unidas, 2010).

La coerción farmacológica como una forma de maltrato

“El maltrato por transgresión tendrá lugar cada vez que se produzcan acciones o conductas hostiles, rechazantes o destructivas hacia el niño, tales como hacerlo objeto de malos tratos físicos; proporcionarle drogas o medicamentos que no sean necesarios para su salud o que la perjudiquen; someterle a procedimientos médicos o quirúrgicos innecesarios que pongan en riesgo su salud física, mental o emocional; obligarle a alimentarse en exceso; hacerlo víctima de agresiones emocionales o de palabra, incluyendo la ofensa y la humillación; la incomunicación rechazante; el castigo por medio de labores pesadas y las demás transgresiones o discriminaciones análogas a las anteriores.

Las acciones de violencia en el núcleo familiar, aunque no afecten directamente al niño, también serán consideradas como maltrato por omisión”.

Código de la Niñez y a Adolescencia de Honduras, artículo 168 (1996).

El “caso metilfenidato”

Este capítulo sería descriptivo del caso que ha sido litigado en los Tribunales de Uruguay en relación a la utilización del “metilfenidato” por parte de niños, niñas y adolescentes. Tanto la acción previa de acceso a la información pública como la acción posterior de exigibilidad de derechos.

En definitiva se trató de un conjunto de acciones legales promovidas por el Observatorio del Sistema de Justicia (OSJ) de la Fundación Justicia y Derecho de Uruguay en tutela de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, frente a indicios de diagnóstico excesivo del trastorno de déficit atencional por hiperactividad (TDAH) y su tratamiento mediante la prescripción abusiva del psicofármaco metilfenidato.

Estos procesos han tenido su inicio en el año 2007. El primero proceso judicial estuvo orientado a procurar por intermedio de acciones judiciales que el Ministerio de Salud Pública (MSP) proporcionara información relativa a la importación del fármaco mencionado.²

² Este fármaco no se elaboraba por parte de laboratorios en Uruguay, por el contrario se trata de una sustancia que era en su totalidad importada.

Esta acción tuvo como antecedente la constatación mediante consultas específicas a personas que trabajan directamente con niños, en especial del área educativa y social, que existía un aumento de la cantidad de niños que eran medicados con “metilfenidato” en el marco de las intervenciones del sistema educativo, a solicitud de los propios operadores escolares, con intervención en algunos casos de médicos especialistas. Paralelamente, comenzaron a aparecer algunos informes periodísticos sobre la temática, en los cuales invariablemente la sospecha referida al aumento de la utilización del fármaco era clausurada por la opinión de personas que por la posición que ocupaban en la academia o en el sistema de salud, terminaban relativizando el fenómeno (Bonino, 2007).

Una vez reunida esta información es que desde la Clínica de litigio estratégico del Observatorio del Sistema Judicial se inició la primera acción administrativa tendiente a obtener información confiable sobre el fenómeno.³ En Uruguay debido a la legislación vigente y a los controles a los cuales dicha sustancia debería estar sometida de conformidad con la Convención de Psicofármacos de Naciones Unidas, el MSP tiene una intervención necesaria en el procedimiento de este fármaco, en el sentido de que es el órgano de control de este tipo de transacciones.

La acción administrativa referida, orientada al acceso a dicha información fue infructuosa, el MSP nunca proporcionó los datos solicitados, por lo que luego de vencido un plazo de 150 días previsto en la normativa vigente al momento de dicha acción, quedó habilitada la posibilidad de accionar judicialmente. Todo lo cual fue realizado ese mismo año, interponiéndose una acción de amparo contra dicho organismo.

En consecuencia, en el año 2007 se logró que la justicia condenara en primera y segunda instancia al Ministerio de Salud Pública (MSP) a proporcionar información relativa a la importación y fabricación de medicamentos que contienen la sustancia *metilfenidato*.

La conducta del MSP en todo el proceso estuvo orientada a no proporcionar la información solicitada, tanto en la contestación de la demanda como al apelar la sentencia de primera instancia que nos fuera favorable.

La información solicitada era indispensable para poder realizar un contralor de la utilización del psicoestimulante realizando un contraste de esos datos con información estadística secundaria demográfica, socio-económica, y referida al

³ La Clínica Jurídica del Observatorio del Sistema Judicial fue un laboratorio de práctica y reflexión jurídica que trabajó sobre casos de violaciones a derechos en casos testigo o ante situaciones que impactan en el interés público, actuando ante los Tribunales y la Administración promoviendo el litigio estratégico y la práctica del derecho de interés público. Ver: www.observatoriodjudicial.org.uy.

sistema educativo. La situación que se pretendía examinar se vinculaba no sólo a la praxis médica -posible sobre diagnóstico generalizado- sino también a la ausencia de estrategias pedagógicas y la estigmatización de los niños y adolescentes que son calificados como *hiperactivos*.

En octubre de 2007 el Juzgado Letrado de Primera Instancia de Familia de 18 Turno condenó al Ministerio a brindar la información requerida en el plazo de 20 días hábiles (Sentencia 146/2007). El fallo fue recurrido por el Estado y dio lugar a una sentencia de segunda instancia confirmatoria (TAF 2°, Sentencia 380/2007). El MSP fue condenado a proporcionar la información solicitada y a producir aquella que había alegado no tener en función de su condición de policía sanitaria del país y del interés público en la información requerida. De los datos entregados surgió un aumento exponencial de las importaciones de metilfenidato en Uruguay en los últimos años.

Datos proporcionados por el MSP en el marco del proceso judicial antes mencionado: En el 2001 la importación de este fármaco alcanzaba a 900 gramos. Mientras que en el año 2002, en plena crisis económica comienza la disparada de la importación de la droga la que alcanza a 4500 gramos. En el siguiente año la cantidad duplica con creces alcanzando a los 9180 gramos. En el año 2004 sigue en aumento (9947 gramos) y en el 2005 si bien disminuye a 5804 gramos, lo hace únicamente para volver a aumentar a 8764 en el año 2006 y a llegar a la preocupante situación del año 2007. En este año la importación de la droga alcanzó a casi 17000 gramos. En definitiva de 900 gramos a 17000 en 6 años. ¿Una epidemia?

En el año 2008 fue iniciado un nuevo juicio de amparo contra el MSP ante el aumento desmedido de la importación y por tanto del consumo del *metilfenidato* por la población infantil y adolescente, constatado por intermedio de la acción judicial antes mencionada. Es decir, en una primera etapa se accionó para obligar al Estado a producir información pública que permitiera visibilizar el impacto del problema. Mientras que en una segunda etapa con la información lograda se logró sustentar un segundo proceso judicial en el que se alegó la violación de obligaciones convencionales, constitucionales y legales del Estado en lo que respecta a garantizar la protección de los derechos de los niños, niñas y la atención adecuada de la salud.

En dicho segundo proceso se afirmó que los controles del MSP son insuficientes, y que debería actuar con una mayor diligencia en tanto órgano con las funciones de policía sanitaria de los medicamentos y control de las profesiones vinculadas a la salud. En esta segunda acción se solicitó que el MSP protocolizara la actuación

médica y efectuara un monitoreo sobre el uso del medicamento desde un enfoque de derechos humanos.

La demanda alegó la violación del Art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) y otras normas del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de la Convención de los Derechos del Niños y de la Convención Americana sobre derechos humanos, entre otras, además de disposiciones constitucionales y legales vigentes en el país (ACIJ, 2013: 142-142).

Nuestro petitorio va en la misma línea de los informes y recomendaciones efectuadas por parte de los órganos de Naciones Unidas antes mencionados. Esto es el que el MSP evite el diagnóstico excesivo del trastorno de déficit atencional por hiperactividad (TDAH) entre los niños y el tratamiento a base de metilfenidato, que no esté justificado por razones médicas válidas. Para lo cual es preciso que desarrolle mecanismos de control eficaces.

Esta acción de amparo se tramitó ante el Juzgado Letrado de Familia de 18º turno que lo resolvió desfavorablemente. La acción fue desestimada (sentencia 162/2008), pero tras la apelación que dedujo la organización, la decisión fue revocada en 2009 por el Tribunal de Apelaciones de Familia de 2do Turno. El órgano jurisdiccional otorgó un plazo de 90 días al Ministerio para que adoptara las acciones necesarias a fin de que el diagnóstico del TDAH sea realizado por profesionales especializados conforme a los consensos internacionales y mediante un recetario uniforme de aplicación en todos los centros privados y públicos del país (ACIJ, 2013: 142-143). Dicha sentencia estableció además que a los efectos de mejorar los controles las recetas debían facilitar el registro de datos sobre el sexo y edad de los pacientes, debiéndose sistematizar la información en una sola base de datos nacional (TAF 2o turno, sentencia No 131 del 24 de abril de 2009).⁴

Consideraciones finales

Tal como puede observarse en los apartados anteriores actualmente es posible identificar varios avances desde la perspectiva del derecho internacional de los derechos humanos. Estos avances nos permiten argumentar por un lado que determinadas prácticas orientadas a la utilización de algunos fármacos como

⁴ Ante esta segunda decisión judicial el Ministerio de Salud Pública interpuso recurso de casación ante la Suprema Corte de Justicia la que también falló en forma desfavorable a los intereses del Ministerio.

mecanismo de coerción, control y disciplinamiento de niños, niñas y adolescentes, constituyen una violación de los derechos humanos.

Pero además, nos permiten argumentar que los Estados tienen obligaciones específicas de impedir ese tipo de prácticas, sucedan en el ámbito público o en el ámbito privado.

Siendo también relevante que algunos documentos recientes hayan señalado claramente la gravedad de dichas situaciones. Es el caso por ejemplo del Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños (2006) que incluyó entre sus principales observaciones la situación de los niños medicados como forma de controlar su comportamiento y “hacerlos más sumisos”.⁵

Más recientemente, en el 2013 la Comisión Interamericana de Derechos Humanos se ha referido a la circunstancia de que niños, niñas y adolescentes reciban medicación psiquiátrica innecesaria (CIDH, 2013) como una forma de violencia, expresando que:

En muchos Estados de la región existe una fuerte tendencia hacia el suministro de medicamentos psiquiátricos a los niños que se encuentran en las instituciones de protección como forma de control y sumisión. De acuerdo a la información recibida por la Comisión, esta medicación, por lo general, es recetada por el cuerpo médico de dichas instituciones, aplicándose las dosis según las conductas de los sujetos concretos, sin haber diagnósticos de patologías psiquiátricas o padecimientos psíquicos complejos que justificaran un tratamiento médico con estos fármacos. El suministro de fármacos que no se derive de un tratamiento terapéutico, sino como forma de control del niño, es contrario al derecho a la integridad personal, la salud y la dignidad de los niños. Según se informó a la Comisión, en algunas instituciones los niños, niñas y adolescentes están siendo medicados con psicofármacos para que logren “tolerar” la institución (CIDH, 2013: 305 y 574).

⁵ Ver capítulo 5, pág. 188. El Estudio completo puede ser consultado en: <http://www.unviolencestudy.org/spanish/index.html>. La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó por su Resolución A/61/299 de 29 de Agosto de 2006 el Informe del Experto Independiente para el Estudio sobre la Violencia contra los Niños. Este informe contiene los principales hallazgos del Estudio y un conjunto de recomendaciones a los Estados. El informe puede ser consultado en: http://www.unicef.org/violencestudy/spanish/reports/SG_violencestudy_sp.pdf.

En efecto, el alto nivel de medicación psiquiátrica administrada a los niños es un aspecto que ha sido puesto de manifiesto en diversas investigaciones en la región, especialmente en algunos contextos institucionales específicos.

La elevada utilización de fármacos, incluidos los psiquiátricos, no responden sólo a un fin terapéutico, sino que en ocasiones se administran como forma de control a los niños; generalmente motivado por la ausencia de recursos humanos suficientes, los niños reciben medicación psiquiátrica sin que ésta sea requerida por el niño como parte de un tratamiento médico diagnosticado y monitoreado. Adicionalmente, algunas investigaciones exponen que el alto nivel de medicación psiquiátrica guarda consonancia con otra situación: la utilización de medicación como una forma prioritaria de abordaje para el trabajo psicoterapéutico con niños y adolescentes. A la Comisión le preocupan también las deficiencias existentes en el control y supervisión por parte de las autoridades médicas competentes de los aspectos relacionados con los tratamientos y la medicación que se les son administrados a los niños en las instituciones, y que pueden exponer la salud e integridad personal del niño (CIDH, 2013: 45-48).

Por otra parte, el caso reseñado en el apartado anterior, tuvo como principal resultado el haber contribuido a cristalizar en la jurisprudencia la noción del acceso a la información pública como derecho fundamental aún antes de la entrada en vigencia de la Ley de Acceso a la Información Pública; pero además permitió avanzar en la conceptualización de los derechos económicos y culturales como derechos exigibles y justiciables, frente a los cuales el Estado tiene obligaciones específicas y el Poder Judicial, en particular, está llamado a intervenir como garante último de los derechos humanos (ACIJ, 2013).

En definitiva, desde la perspectiva de derechos humanos actualmente es posible contar con valiosas herramientas para afrontar medicalización y psiquiatrización de la infancia y la adolescencia como forma de coerción, control y disciplinamiento de niños, niñas y adolescentes.

Sin perjuicio de que esta cuestión excede el objetivo del presente trabajo, es preciso expresar que la actuación de las herramientas de exigibilidad de derechos para afrontar este tipo de situaciones, requieren de órganos judiciales que además de ser independiente y de asegurar la más amplia deliberación en torno a los temas abordados, desarrolle un servicio de administración de justicia de calidad.

Lo que sólo puede lograrse con jueces capacitados para este importante papel. Los referidos constituyen evidentes presupuestos del desarrollo de procesos de justiciabilidad de los derechos económicos y sociales.

Bibliografía

- ASOCIACIÓN CIVIL POR LA IGUALDAD Y LA JUSTICIA (ACIJ), CENTRO DE ARCHIVOS Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (CAINFO) (2013). Información para la acción. El acceso a la información como herramienta para la exigibilidad de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales. Un relevamiento de prácticas y casos en seis países de la región.
- BONINO, C. (2007). “Tiempo de clases tiempo de ritalina”. Informe de Cecilia Bonino, Asuntos Pendientes, El Espectador, 13.03.2007.
- CIDH (2009). Informe Sobre el Castigo Corporal y los Derechos Humanos de las Niñas, Niños y Adolescentes. OEA/Ser.L/V/II.135, 5 de agosto de 2009.
- _____ (2013). Derecho del niño y la niña a la familia. Cuidado alternativo. Poniendo fin a la institucionalización en las Américas. OEA/Ser.L/V/II. Doc.54/13, 17 octubre 2013.
- CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA DE HONDURAS. (1996). Decreto 73-96, de 5 de setiembre de 1996.
- COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (2002). Informe sobre el 31º período de sesiones, septiembre a octubre de 2002, Día de debate general sobre “El sector privado como proveedor de servicios y su función en la realización de los derechos del niño”, pp. 630 a 653.
- _____ (2003). Observación General No. 5, Medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño (artículos 4 y 42 y párrafo 6 del artículo 44). CRC/GC/2003/5, 27 de noviembre de 2003.
- _____ (2005). CRC/C/15/Add.268, 20 de octubre de 2005 (Observaciones finales. Australia); CRC/C/DNK/CO/3, 23 de noviembre de 2005 (Observaciones finales. Dinamarca); CRC/C/15/Add.272, 20 octubre de 2005 (Observaciones finales. Finlandia).
- _____ (2006). Observación General No. 7, Realización de los derechos del niño en la primera infancia. CRC/C/GC/7/Rev.1, 20 de septiembre de 2006.
- JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE ESTUPEFACIENTES (1997). Informe anual de la JIFE. Nota informativa No. 4, 4 de marzo de 1997.

- _____ (1998). Período extraordinario de sesiones de la de la Asamblea General dedicado a la lucha contra la producción, la venta, la demanda, el tráfico y la distribución ilícitos de estupefacientes y sustancias sicotrópicas y actividades conexas. Recomendaciones de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes: Medidas para combatir la fabricación y tráfico ilícitos y uso indebido de estimulantes. Disponible en: www.incb.org/pdf/s/ga/incb-sti.pdf. Fecha de consulta, 22/05/2015.
- _____ (1999). Informe anual de la JIFE, 23 de febrero de 1999. Disponible en: www.incb.org/pdf/s/press/1998/s_rel_04.pdf. Fecha de consulta, 22/05/2015.
- MÍGUEZ, M. N. (2011). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- NACIONES UNIDAS (1971). Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas. Viena, 21 de febrero de 1971.
- _____ (2010). Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Uruguay. E/C.12/URY/CO/3.4, 1º de diciembre de 2010.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2005). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. OPS, Washington, D.C.
- PALUMMO, J. (2013). “La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe”. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, Panamá, 2013. Corte IDH, Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de julio de 2006, Serie C No. 149, párrafos 96 y 99.

PARTE II:
REFLEXIONES SOBRE NUESTRAS EXPERIENCIAS

Capítulo 5 Los niños no atienden pero hablan, ¿los escuchamos?

Jorge Bafico

Algunos datos para entrar en el problema:

El DSM IV define al trastorno por déficit de atención con hiperactividad como

un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad (American Psychiatric Association, 1995: s/d).

Las características que plantean, tienen que ver con dos indicadores concentrados en la *falta de atención* y en la *hiperactividad*:

Desatención:

- (a) no presta atención suficiente a los detalles o incurre en *errores por descuido* en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- (b) tiene dificultades para *mantener la atención* en tareas o en actividades lúdicas.
- (c) parece *no escuchar* cuando se le habla directamente.
- (d) *no sigue instrucciones* y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- (e) tiene *dificultades para organizar* tareas y actividades.
- (f) evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un *esfuerzo mental sostenido* (como trabajos escolares o domésticos).
- (g) *extravía objetos* necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).

(h) *se distrae* fácilmente por estímulos irrelevantes.

(i) *es descuidado* en las actividades diarias.

Hiperactividad:

(a) mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.

(b) abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

(c) corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

(d) tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

(e) suele actuar como si tuviera un motor.

(f) habla en exceso.

Impulsividad:

(a) precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

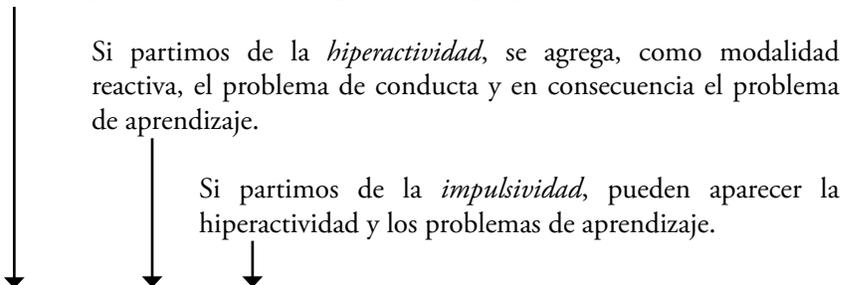
(b) tiene dificultades para guardar turno.

(c) interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).

¿Quién no se ha identificado con algunos o algunos de estos ítems?

Partiendo de *cualquiera de los elementos del llamado TDAH*, se puede llegar a otros componentes del cuadro, que se van encadenando, para dar origen a otros efectos o síntomas, en muchos casos secundarios

Si partimos de la *atención*, se producen dificultades en la concentración y en consecuencia perturbaciones en el aprendizaje, que pueden afectar la conducta.



Un solo diagnóstico generalizado y una sola medicación

Si bien no hay un ranking sobre el TDAH en el mundo hay entre un 5 y un 10 % que está diagnosticado con este trastorno, en Uruguay el MSP habla de un 15 % y un estudio reciente de la Universidad a cargo de la Doctora María Noel Míguez (2011) concluyó que hay cerca de un 30% de niños medicados por este tema; cifra que revelaría que, teniendo en cuenta que la población infantil en Uruguay ronda cerca de los 700.000 niños entre 3 y 15 años, cerca de un 210.000 estaría bajo el diagnóstico de TDHA.

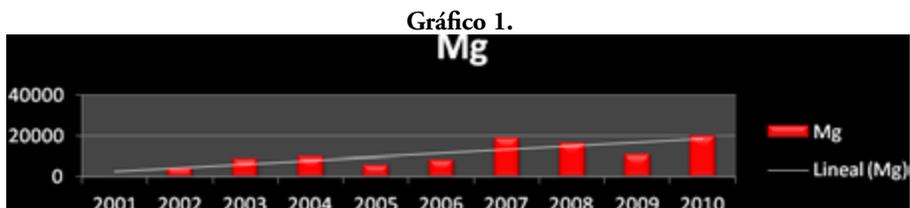
Mal diagnosticado, mal tratado, mal medicado, el niño desarrolla trastornos caracterológicos o conductuales de segundo grado, que complican los que ya tenía, suplementándolos, agravando por añadidura el pronóstico, ya que no es lo mismo una intervención temprana adecuada que una intervención adecuada.

¿Cómo se combate este trastorno?

Gran parte de los especialistas que trabajan en el tema desde la línea biologicista, sostienen que el TDAH se transmite genéticamente y que el diagnóstico corresponde cuando el problema está en el niño y no en el ambiente social o educacional. A diferencia de la contaminación y el calentamiento global según esta lectura no es un problema de todos sino que le pertenece al niño en exclusividad. Estos especialistas acuerdan en que la causa es orgánica y actualmente las investigaciones farmacológicas sugieren la existencia de anomalías en la función de los neurotransmisores, una alteración en los receptores de dopamina. Va de suyo que por su definición causal, esta “enfermedad” queda dentro del campo de la medicina. La cura propuesta es a través del suministro de psicofármacos como el caso del Metilfenidato.

El metilfenidato es un estimulante del sistema nervioso central. Su mecanismo de acción en el ser humano no se ha dilucidado por completo, pero se presume que ejerce su efecto estimulando el sistema activador del tronco cerebral y la corteza. Científicamente, aun no se ha determinado claramente el mecanismo por el que el fármaco produce sus efectos sobre la mente y la conducta de los niños, pero los estudios empíricos concluyen que el metilfenidato logra que el sistema nervioso priorice la información, mejorando el paso de adrenalina y noradrenalina (neurotransmisores comprometidos con la función de atender) entre las neuronas.

En nuestro país pasó de casi un kilo en 2001 a casi 20 Kilos en 2010, algo que parece disparatado, ya que con estos números tenemos que estar hablando de una pandemia.



Fuente: elaboración propia.

Uno de los datos más interesantes es que el aumento del consumo de la medicación se produce en el segundo trimestre del año y disminuye dramáticamente en el primer trimestre. Estos datos hablarían que en el período de clase “aumenta” en estos niños su patología y en el verano “desaparece” el déficit.

Un dato a destacar es que no suele comunicársele a los padres el hecho de que el metilfenidato se le clasifica entre las anfetaminas con lo que posee los mismos efectos secundarios y tiene los mismos riesgos. La Administración de Alimentos y Drogas de Estados Unidos (FDA) clasifica al metilfenidato en una alta categoría de adicción, la cual también incluye a las anfetaminas, la morfina, el opio y los barbitúricos. Diferentes estudios desaconsejan el metilfenidato en caso de niños con tics porque algunos pueden agravarse, originando una forma extrema que es el Síndrome de Gilles de la Tourette y destacando el riesgo de consumo en niños psicóticos pues incrementa la sintomatología. Al mismo tiempo diversos estudios confirman retardo en el crecimiento. Por esa razón los médicos que recetan Ritalina a los niños recomiendan dejar de tomar el fármaco por algún tiempo.

Un estudio sobre el “*Uso de metilfenidato en niños y adolescentes usuarios de servicios de asistencia pública de Montevideo*” muestra la cantidad de efectos adversos que produce:

Tabla 1.

Reacción adversa	N	%
Cefalea	36	29,0
Disminución del apetito	31	25,0
Dolor abdominal	30	24,2
Ansiedad	25	20,2
Insomnio	14	11,3
Disminución de peso	11	8,9
Palpitaciones	9	7,3
Tics	5	4,0
Aumento de cifras de PA	3	2,4

Fuente: elaboración propia.

Un problema...

Cada época produce sus síntomas y, en cada época, la lectura de los mismos, el modelo de enfermedad que la medicina establece, también está determinado por factores de control social que se ejercen desde un lugar de poder del cual la institución médica depende. Los laboratorios farmacéuticos tienen tal poder: económico, de injerencia en los medios, que a veces podría pensarse que las enfermedades se definen a partir de las especialidades químicas, y no al revés. Esto se aprecia en las sucesivas modificaciones de la nosografía patológica y psicopatológica de los manuales americanos de psiquiatría, los DSM. El desarrollo de la tecnociencia y la neurociencia se encamina cada vez más a plantearse como sabedora de la causalidad y resolución de las problemáticas más estrictamente subjetivas. Es por ello, que la hegemonía del objeto ha puesto al padecimiento subjetivo en un lugar protagonista.

Hace treinta años un director de la compañía farmacéutica multinacional Merck, Henry Gadsden, dijo que su sueño era producir medicamentos para las personas sanas y así vender a todo el mundo. Aquel sueño parece convertirse en realidad, ya que una de las razones por las que la industria farmacéutica transnacional ha conseguido sus ganancias multimillonarias ha sido su estrategia de vender a los sanos nuevas percepciones sobre lo que esta enfermedad. La industria ha transformado en algunos casos molestias comunes en todo tipo de enfermedades que presentan como peligrosas y para las cuales ellas tienen la solución. Como plantea Punta Rodulfo (2010), para “transformar esta percepción”, una primera operación consiste en desconocer radicalmente los rasgos propios de la subjetividad de un niño convirtiéndolos en patológicos.

¿Sería que antes el TDAH era una enfermedad que todavía no estaba disponible? ¿Las personas no podían saber que podían tener eso?

Si bien asistimos a un tiempo donde el campo de la singularidad trata de ser aplastado por los manuales médicos y sus tablas de síndromes y trastornos, uniformizando una gran variedad de fenómenos clínicos dispares, no hay dudas que el problema de la atención existe. No se trata de una postura contra la medicación, es claro que muchas veces es necesaria cuando no imprescindible la administración del fármaco. El problema es que corremos el riesgo de la cronificación de la medicación como respuesta.

Cualquier síntoma psíquico implica sufrimiento. En el caso del niño, además, no está ajeno a su entorno inmediato. Muchas veces su sintomatología está directamente ligada a la angustia o inquietud de los padres. La medicación muchas veces congela definitivamente la posibilidad que ese sufrimiento psíquico pueda ser desplegado por el niño, quedando en el lugar de objeto. A veces la medicación tiende a obturar la capacidad de interrogación de los padres en torno a lo que aparece designado como sintomático en sus hijos. Su cuerpo pasa a ser objeto de la medicación, o de la aplicación de diferentes dispositivos. De esta manera se silencia su demanda mientras se cree estar aliviando un síntoma.

Cuando se medica con metilfenidato a un niño diagnosticado con un Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad conviene preguntarse qué es lo que se está medicando. El metilfenidato puede producir un doble silenciamiento. Por un lado en el niño, ya que su demanda se agota en la administración del fármaco. Y por otro, el silenciamiento hacia los padres ya que quedan en una posición de no saber respecto de todo aquello que los implica en lo que le sucede a su hijo.

Cuando uno hace un rastreo de las características de este “trastorno” puede encontrarse que estas personas podrían haber sido diagnosticados como TDAH: Alexander Graham Bell, Beethoven, Salvador Dalí, Leonardo da Vinci, Walt Disney, Thomas Edison, Albert Einstein, Bill Gates, Galileo, John Lennon, Pablo Picasso, Steven Spielberg. Esto tampoco quiere decir que todos los niños que tiene TDAH serán genios.

El problema del diagnóstico

Es imposible pensar esta sintomatología fuera de un contexto histórico determinado: hoy nos enfrentamos al exceso de estímulos visuales (un mundo excesivamente imaginario), la dificultad en la organización de la estructura familiar, el desdibujamiento de roles parentales. El sujeto aparece como más

patologizado y enfermo. Su entorno social ha dejado de ser un lugar de identidad, pertenencia, refugio, estabilidad, para convertirse en un enjambre de exigencias “locas” e “insaciables”. El resultado de esta operación muchas veces es la angustia. Nos enfrentamos a una época donde hay un permanente y constante empuje a la satisfacción, cuyo objeto puede variar pero no así su fin, que es el de satisfacerse.

Los niños cambiaron y se relacionan de un modo diferente al que se acostumbraba hace décadas. Y la escuela es el ámbito que más se resiente porque mientras mantiene los cánones del siglo XIX –chicos quietos en las aulas y atentos a la maestra–, los alumnos actuales reciben una estimulación permanente.

“Rápido, más rápido”, es la consigna de esta época. Estamos viviendo la “época de la adrenalina”. Esto puede verse desde los hábitos comunes, hasta en los videos juegos que estimulan a límites extremos la descarga adrenalínica. Los deportes de riesgo, la velocidad y el sobre estímulo marcan toda la vida cotidiana. La televisión y el video clip, etcétera. ¿Cómo estudian los niños ahora?: con una multiplicidad de estímulos, con la televisión encendida, la computadora, el celular, los videojuegos. Están conectados con varias cosas al mismo tiempo. “Atienden” en forma simultánea a diversas situaciones.

Quizás el problema lo tenemos que ubicar en la información que queremos transmitirles. Si son poco receptivos es porque sospechan que ese saber y ese sistema axiomático que les es ajeno a los que les tocan vivir.

Los cambios en los modos de percibir y asumir la ley y el debilitamiento de las investiduras que sostienen las autoridades sociales, el desarrollo de las tecnologías de información y comunicación, la fragmentación y las desigualdades sociales y educativa está cambiando la forma de lazo entre nosotros. Ahora ya no necesitamos a alguien de carne y hueso frente a nosotros. Tenemos la virtualidad. Si hay algo que la serie nos deja claro es la importancia del consumo.

Familia y escuela, como instituciones, creían ser “fundadoras” de diferentes marcas generadoras de distintos tipos de lazo social. La incidencia del consumo nunca ha alcanzado tanta intensidad.

Si en la modernidad los padres eran los agentes de socialización primaria de los niños, ahora, en cambio, las computadoras, la televisión y la publicidad asumen la tarea de educarlos. Todo esto implica que los niños han abandonado totalmente la esfera doméstica. La familia deja pues de ser una institución para convertirse en simple lugar de encuentro de vidas privadas.

El pedagogo francés Philippe Meirieu (2004) señala tres condiciones indispensables para que un dispositivo pedagógico cumpla su función:

1. Tiene que conformarse *un espacio sin amenazas*.
2. Poder constituirse en un lugar en donde *el niño pueda aliarse con un adulto* contra todas las formas de adversidad y de fatalidad.
3. Que debe ser *rico en ocasiones y estimulaciones*.

Los padres modernos son parte del fenómeno que se denomina *era de la medicalización de la educación*, porque perdieron la confianza en sí mismos. Los padres pasan más tiempo buscando señales de traumas, baja autoestima y frustración que enseñando a convivir y a respetar a los otros.

Conclusiones

El metilfenidato como otros fármacos muchas veces aplasta lo que el niño está expresando con su falta de atención. Y la atención es inseparable del interés afectivo que la anima.

Algunos sistemas escolares se están dando cuenta de esto y están empezando a abandonar los edificios grandes, tipo fábrica, del pasado y a favorecer lugares “pequeños y bonitos”.

Las escuelas más pequeñas tienen muchas ventajas, pero tal vez la más significativa es esta: permiten que los maestros conozcan a sus estudiantes lo suficiente como para comprenderlos y responder a sus necesidades básicas en los aspectos educativo y emocional. Los conflictos se resuelven con más facilidad ya que lo ideal sería resolverlos a través de soluciones satisfactorias para ambas partes y no a través de diagnósticos médicos y opresión farmacológica.

Algunas escuelas más pequeñas, más orientadas a los niños, han demostrado que los TDAH prácticamente desaparecen. No existe mejor evidencia que esta de la poderosa manera en que el entorno da forma al comportamiento

En un informe publicado en el New York Times el 14 de Julio de 1993, con el título de “¿Es mejor lo pequeño?”:

Los estudiantes que asisten a escuelas que se limitan aproximadamente a 400 estudiantes tienen menos problemas de conducta, mejor asistencia y mejores resultados al graduarse; y en ocasiones tienen mejores calificaciones. En una época en que son cada vez más los niños y jóvenes que reciben menos apoyo de sus familias, los estudiantes de escuelas pequeñas pueden formar relaciones cercanas con sus maestros (New York Times, 1993).

Los maestros de estas escuelas tienen la oportunidad de “construir lazos que son especialmente vitales durante los difíciles años de la adolescencia”.

Creo que cuando los adultos les proporcionan un mejor entorno, los niños tienden a mejorar su comportamiento. La importancia del lazo social, de ese lazo que hacemos con los otros, con nuestros hijos, con nuestros amigos, con nuestras parejas y como eso está cambiando.

Más allá de todo lo planteado no podemos desconocer que el fenómeno del déficit de atención es evidente. Si hablamos de un porcentaje tan grande de niños que está diagnosticado con este trastorno, estamos hablando de un síntoma que articula la problemática individual con lo social.

Se trata entonces de situar el problema en términos de localizar en cada caso cuál es la estructura del niño, cuál es su posición subjetiva y como juega en su universo familiar eso que lo aqueja. Si podemos pensar el problema de la atención, la impulsividad y la hiperactividad como producciones subjetivas particulares del niño, y no como un problema universal, quizás podamos comprender lo específico del déficit de atención con hiperactividad en cada singularidad.

Bibliografía

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995) *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Editorial Masson.
- MERIEU, P. (2004). *Referencias para un mundo sin referencias*. Barcelona: Grao.
- MÍGUEZ, M. N. (2011). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- RODULFO, M. (2010). El ADD/ADHD como caso testigo de la patologización de la diferencia. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/102_infanto_juvenil/material/patologizacion_diferencia.pdf. Fecha de consulta, 01/10/2013.
- SITIO WEB DE LA SOCIEDAD URUGUAYA DE PEDIATRÍA. Disponible en: http://www.sup.org.uy/Archivos/adp79-4/pdf/adp79-4_2.pdf. Fecha de consulta, 01/10/2013.

Capítulo 6

En diálogo con la Dra. Doris Cwaigenbaum

Introducción

Desde un principio se consideró fundamental contar en este libro con un capítulo en su primera parte, de carácter más teórico, que recogiera algunos de los planteamientos desde la Psiquiatría Infantil. En este entendido, y ante ciertos embates que hicieron complejo encontrar una voz desde dicha disciplina, se procedió a realizar una entrevista por escrito a la Psiquiatra Infantil Doris Cwaigenbaum, quien a través de sus reflexiones dio espacio al análisis crítico del Equipo de Investigación de esta publicación.

Se plasman textualmente las preguntas formuladas en colectivo y sus respuestas.

En diálogo con la Dra. Cwaigenbaum

Entrevistador: ¿Cuáles son los criterios clínicos y conceptuales en base a los cuales la Psiquiatría realiza los diagnósticos en la infancia?

Entrevistada: Los diagnósticos fundamentalmente se realizan en base a la experiencia clínica y a los estudios empíricos. Hoy en día se utilizan las Clasificaciones como el DSM IV y la CIE10 y se comenzará con e DSMV. Entendemos que las clasificaciones orientan la práctica clínica, pero son sólo instrumentos que no plasman toda la realidad psicopatológica. Son valiosas para realizar estudios epidemiológicos y evaluar el resultado de tratamientos con profesionales en distintas partes del mundo. Proporcionan un lenguaje en común. Pero toman poco en cuenta el carácter evolutivo y las comorbilidades tan frecuentes en niños y adolescentes.

A su vez, a la hora de hacer un diagnóstico es muy importante tomar en cuenta las características culturales del paciente, las condiciones socioeconómicas, y las particularidades de cada uno, y nutrirse de los aportes del entorno familiar, educativo y social, así como del aporte de estudios complementarios realizados por otros técnicos, jerarquizando en especial el trabajo en equipo.

Como se desprende de lo antedicho, pensamos que las alteraciones de los procesos psíquicos en los niños no dependen únicamente de los desajustes del funcionamiento bioquímico, sino que también tienen que ver condicionamientos familiares y sociales que alteran su desarrollo. Debemos comprender en forma

amplia y completa la situación del niño y la familia, y no atender únicamente al síntoma y/o a las desviaciones.

Entrevistador: ¿Cuáles son los criterios para utilizar la medicación como terapéutica de primera indicación, y a veces como la única?

Entrevistada: En la práctica clínica corriente, pocas veces utilizamos la medicación como primera y/o única medida. La medicación para nosotros constituye una herramienta más dentro de un arsenal terapéutico, no debe usarse aisladamente, ni utilizarse cuando fracasan otros tratamientos. Debe asociarse a otros recursos terapéuticos: psicoterapia, recursos institucionales y/o sociales. Considero que para que la medicación sea realmente efectiva, en el caso de utilizarse debe primero realizarse, por lo menos, una aproximación diagnóstica y una alianza terapéutica con el paciente y su familia. Evaluar siempre la conveniencia y la oportunidad para medicar. Que la medicación no sea una respuesta a la demanda ni de los padres, ni de la institución educativa.

- Pensamos que la medicación es un recurso que permite muchas veces:
- Disminuir el exceso de sufrimiento psíquico y los síntomas.
- Mejorar el funcionamiento emocional.
- En ocasiones, mejorar ciertos déficit de habilidades.
- Favorecer el acceso al juego, a la creación y a la palabra.
- Reestablecer el contacto intersubjetivo.

Debemos tomarnos el tiempo en la consulta para explicar el por qué medicamos, qué efectos tendrá la medicación, cuándo comenzará a actuar, para no desestimarla si no hace efecto inmediato, ni para pensar que es la solución mágica. Evaluar el costo-beneficio de la medicación: beneficios, riesgos, efectos secundarios, interacciones, capacidad de generar dependencia y compartirlo con la familia. Hablar de los efectos adversos, pero sin exagerar para no asustar a la familia. Poner énfasis en que es un elemento más y nunca el único. Plantear controles periódicos, sobre todo al inicio del tratamiento, ya que cada niño es diferente y debemos evaluar los efectos a corto, a mediano y a largo plazo. Porque el niño es un ser en desarrollo y los efectos pueden variar y también la evolución clínica del cuadro que padece.

Enviar carta a la escuela o contactarnos directamente con los docentes para transmitir alguno de estos aspectos y mantenernos en contacto en el seguimiento.

Trabajar con el niño que la mejoría no depende únicamente de la medicación, sino que él es el principal actor en esto, que son sus ganas de mejorar, de llevar el tratamiento adelante ayudado por los demás actores. Disminuir la dependencia psicológica que se puede generar con el fármaco.

En caso que los padres comuniquen en la escuela que el niño está medicado, hay que tratar de pedir al docente que no lo exponga delante de los compañeros, ni que utilice las frases que muchas veces oímos: “*hoy se ve que no tomaste la pastilla*”.

Pero volviendo a la pregunta de si medicamos en primera instancia, no podemos dejar de decir que en ocasiones lo hacemos y esto es en los casos en que vemos que hay un sufrimiento psíquico intenso que compromete el bienestar del niño y de su entorno, además del riesgo inmediato que pudiere o no representar.

Por ejemplo, una crisis de ansiedad intensa. En las crisis de ansiedad, las llamadas “crisis de pánico”, sobreviene una opresión en el pecho y sobre todo una sensación inminente de muerte que genera mucha angustia. Se medica en la crisis y luego se deriva a psicoterapia, en el entendido que se debe actuar en forma rápida para mitigar la ansiedad intensa y dar lugar al trabajo terapéutico donde se buscará con el paciente dar sentido a esas crisis.

Otras situaciones serían:

- Crisis de excitación psicomotriz.
- Conductas auto o heteroagresivas con riesgo de vida.
- Episodios psicóticos agudos.
- Episodios de despersonalización.

La función de la medicación en estos casos sería:

- Lograr la disminución o desaparición de los síntomas.
- Facilitar la evaluación de la urgencia para la toma de decisiones.
- Favorecer la implementación de otras medidas.

También en ocasiones se medica inicialmente cuando el padecimiento del paciente es muy claro, cuando la experiencia clínica muestra la efectividad del fármaco y no se visualiza que ese paciente o esa familia puedan acceder a otros recursos terapéuticos.

Si bien desde hace unos años contamos con el Programa Nacional de Salud Mental, que facilita el acceso de nuestros niños y adolescentes a los tratamientos psicoterapéuticos, sabemos que no todos los pacientes pueden acceder por distintos motivos.

Entrevistador: ¿Qué incidencia tiene en la vida del niño la medicación?

Entrevistada: Entiendo que no hay una respuesta única, que depende de la singularidad de cada niño y de su familia. Importa la edad del niño, la conciencia que tenga sobre su padecimiento, de cuán egodistónico sean los síntomas que presenta. También depende de la actitud de la familia frente a la medicación y de la actitud de los maestros y de sus pares.

Si el paciente tiene deseos de mejorar y confianza en el profesional, si ve que su familia confía en el tratamiento, tendrá una incidencia positiva.

Si no es estigmatizado por tomar medicación ésta puede resultar beneficiosa en la medida que disminuya de manera rápida los síntomas que lo aquejan o contribuya a cortar un círculo de frustración con la concomitante angustia, por ser, por ejemplo, dejado de lado en la escuela, por ser catalogado como “insoportable”.

Pero, también, puede tener efectos negativos, sentirse “loco” porque va al psiquiatra y toma medicación, generar un rechazo a la misma.

Puede tener efectos adversos. Los más comunes son: somnolencia, aumento de peso, efectos sobre las funciones sexuales en los adolescentes, que los complican.

En algunos casos, también el yugular los síntomas puede hacer que no aflore la problemática o el conflicto subyacente. Puede generar alivio en los padres por la atenuación de los síntomas y no profundizar en el verdadero sufrimiento psíquico del niño. Cada caso debe ser evaluado en profundidad.

Se debe ser muy cauteloso con los efectos adversos y los efectos a largo plazo que pueden producir los fármacos. Por eso se tiende a indicar un fármaco a dosis terapéutica eficaz más baja y en caso de necesitar subir hacerlo en forma gradual evaluando permanentemente los efectos colaterales. Administrar aquellos que sabemos tienen los menores efectos adversos, durante un tiempo adecuado y con controles clínicos y paraclínicos.

Y siempre tratar de evitar aquellos de conocido efecto adictivo.

Entrevistador: ¿Qué efectos ha constatado en la vida familiar del niño cuando se introducen terapéuticas como la medicación y la psicoterapia?

Entrevistada: Pienso que no se puede generalizar y esto es muy personal de cada familia. Depende de qué lugar ocupe el padecimiento del niño en la fantasmática familiar, en qué momento vital se encuentran, qué tipo de situaciones están transitando. Depende, además, de las experiencias personales que tengan con este tipo de tratamientos y las expectativas que tengan tanto en el tratamiento medicamentoso como en el psicoterapéutico.

Muchos aún piensan que el Psiquiatra es para los “locos”, que medicar es mala palabra o para otros “santo remedio”. No adscribo a ninguna de las dos teorías.

La medicación en su gran mayoría apunta a los síntomas y la psicoterapia a elaborar conflictos. En muchas oportunidades el efecto de la medicación se ve a corto plazo, no así el de la psicoterapia. Y a veces hay que mitigar el sufrimiento en la medida que es muy intenso, para entonces poder dar lugar al tratamiento psicoterapéutico.

Tanto uno u otro tratamiento puede ser deseado o resistido por la familia. Está en nosotros el poder transmitir de nuestra experiencia la efectividad de ambos o de su combinación. Importa mucho la alianza terapéutica de la familia para lograr la adherencia al tratamiento y sostenerlo.

Muchas veces la familia siente que está haciendo un sacrificio para que el hijo haga psicoterapia y muchas veces se lo hacen sentir. Otros pueden sentirse gratificados en la medida que asisten a cambios en el niño y/o en la dinámica familiar. Uno de los efectos puede ser asumir mayor responsabilidad en la crianza del niño, algunos llegan a aceptar que ellos forman parte de la problemática. Otros, por el contrario, depositan todo lo malo en el niño eludiendo responsabilidades.

Pero, en definitiva, creo que hay tantas situaciones como niños y familias, y que cada caso debería analizarse en particular.

Entrevistador: ¿Por qué piensa que la escuela insiste con medicar a los niños?

Entrevistada: Para empezar diría que si bien esto aparece muchas veces tampoco podemos generalizar y no siempre la escuela insiste en medicar a los niños. Algunos maestros por el contrario se oponen rotundamente a tener niños medicados.

La cultura escolar mayormente se organiza, como dice Durkheim, en torno a la idea del orden y de un conjunto de convenciones que establecen las maneras de actuar, de hablar, de pensar, de sentir. Habría como un determinado “deber ser”.

Generalmente se prefiere alumnos quietos, sentados, que no conversen demasiado ni toquen mucho. ¿Será que el adulto tiene poca tolerancia frente a la inquietud del niño, será que así logra mayor control?

Quizás al maestro le resulte más fácil enseñar en estas condiciones, ya que los grupos a veces son muy numerosos y hay más de un niño inquieto. Entendemos que no es tarea fácil. Además, en ocasiones, se puede distorsionar demasiado el funcionamiento de la clase. Y de ahí el interés de que sea medicado. Otras veces es en el entendido que ese niño está sufriendo y que quizás la medicación lo pueda ayudar.

El cuerpo del niño que por naturaleza y evolución está en movimiento, debe modificarse por el proceso de escolarización. Sufre una suerte de disciplinamiento. Pensemos que el cuerpo del niño va perdiendo espontaneidad para irse adaptando a las normas institucionales.

Pero qué pasa con niños que no lo logran o que les lleva más tiempo.

No siempre encontramos que la institución escolar pueda tomar en cuenta la forma personal del posicionamiento del niño en el espacio. Demasiado movimiento, ruidos extraños, rápidamente pasan a molestar.

Si bien entendemos que los elementos normativos hacen a la convivencia social, muchas veces en lugar de ser elementos formativos se transforman en punitivos. Pocas veces se interactúa con los significados que los cuerpos expresan. Quizás el decodificar esos significados podría mejorar la comunicación. Entender qué están queriendo expresar esas manifestaciones del niño que incomodan: ¿estarán dando cuenta de su propia incomodidad en el aula? ¿Tendrá que ver con aspectos emocionales vinculados a su entorno familiar, con déficit de habilidades? Privilegiamos el trabajo interdisciplinario como base para poder comprender mejor la situación del niño. Desde la experiencia podemos decir que cuando se establece contacto directo con los maestros y se tiene la posibilidad de intercambiar, respetando los campos y alcances de la disciplina de cada uno, se logra mayor comprensión y entendimiento.

Coincidimos, en general, que la escuela debería ser además de un espacio para aprender y pensar, un lugar para aprender a sentir, lugar de escucha del cuerpo, de atención a los sentimientos.

Cuando pensaba sobre esta pregunta y el rol de la escuela evocaba un gráfico de Francesco Tonucci en *“Con ojos de niño”*, que sintetiza nuestra esperanza. Es un niño sentado en un pupitre y que de un lado sale un tallo con una flor. Dice: *“Pero un día los pupitres florecerán”*.

Capítulo 7 **Equinoterapia: Cuando lo singular se vuelve terapéutico**

Martín Nieves

Introducción

Desde el año 2008 se viene realizando un proyecto de Equinoterapia en una Escuela Pública de Montevideo para niños, niñas y adolescentes con déficit intelectual. Como Licenciado en Psicomotricidad se intentará mostrar cómo hechos de intención educativa son leídos a veces desde concepciones, marcos teóricos y prácticas, que por momentos distan mucho de lo que el imaginario considera de dicha experiencia.

Por tal motivo, en este ensayo se procurará describir parte de la experiencia, introducir algunos conceptos de la técnica (Equinoterapia) y cómo ésta encuentra eco en prácticas cotidianas a nivel barrial. Así mismo, se propone reflexionar, en torno a cómo parte de los jóvenes y adolescentes que transitan de forma alterna en la Escuela, su casa y la calle, encuentran en esta experiencia otra forma de vincularse, socializar y destacarse, escapando transitoriamente a marcos de normalización inalcanzables.

Parte I: Proyecto “La Tubiana”

La Escuela Pública N° 236 es una de las 75 escuelas que existen en el país para atender a niños, niñas y adolescentes con discapacidad que no logran insertarse en “escuelas comunes”. Se encuentra ubicada en el Barrio Nuevo París Norte, en la calle Islas Canarias esquina Gómez Ruano. Recibe anualmente una población aproximada de 100 niños, niñas y jóvenes con discapacidad intelectual (hasta los 18 años) con una propuesta de aula (Primarias) y talleres pre-ocupacionales (Huerta, Carpintería, Tecnología alimentaria, Danza).

Está ubicada frente al asentamiento “6 de diciembre”, actualmente en proceso de regularización, pero que desde hace mucho tiempo es considerado como “zona roja”.

Una de las actividades laborales que realizan allí es la de la clasificación de residuos, a partir de la cual emerge uno de los pocos vínculos (según el informe) o

tipo de organización que se dice que entre ellos existe, a partir de favores puntuales (préstamos o alquileres de carros o caballos) (Paz, Rüginitz y Aguilera, 2007)

En este entorno se planteó desde la Asociación Nacional de Rehabilitación Ecuestre (ANRE) llevar a cabo un Proyecto de Rehabilitación Integral con base en la comunidad, al cual se llamó “La Tubiana”, que utilizó la Equinoterapia como técnica principal, dirigido a alumnos/as de esta escuela, así como a jóvenes y adolescentes de la comunidad, con el deseo que pudiera ser replicable en otros contextos sociales similares.

Desde esa primera intención a la fecha actual, han pasado por el proyecto estudiantes provenientes del área de posgrado de la Facultad de Enfermería (Plan de Capacitación 2006-2009), Administración Nacional de Educación Pública (Plan de Capacitación 2009-2010), estudiantes de la Licenciatura de Psicomotricidad de la Escuela Uruguaya de Tecnología Médica (EUTM) (“Proyecto Langosta”), Proyecto de Desarrollo de la Extensión Universitaria en Escuelas Especiales (Período 2011-2012-2013-2014) de la Facultad de Ciencias Sociales. Y desde el 2013 se instaló como espacio práctico del curso “La Rehabilitación Integral a través de las Terapias y Actividades Asistidas con Animales (TAACAS)”, primer Espacio de Formación Integral (EFI) dedicado a las terapias con animales, proveniente del Área de Extensión de la Facultad de Veterinaria y de la Unidad de Extensión de la EUTM.

Parte II: Rehabilitación Ecuestre

Aquí corresponde aclarar dos puntos que son centrales en el entendimiento del uso de esta técnica. ¿De qué se habla cuando se habla de Rehabilitación Ecuestre? Y, ¿qué estrategias se consideran para la aplicación de la misma?:

Para nosotros (como Asociación), hablar de Rehabilitación Ecuestre, es hablar de Habilidad o Rehabilitación Integral, es hablar de una postura ideológica y filosófica de vida, donde la ciencia y la sociedad se deben encontrar, y donde se le debe garantizar la accesibilidad de servicios a toda la sociedad (III Taller Internacional de Rehabilitación Ecuestre, 2014).

Como plantea el sociólogo español Ricardo Moragas, la rehabilitación no constituye solamente una serie de técnicas médicas, psicológicas, profesionales o educativas, sino sobre todo una ideología y unos medios que permiten el desarrollo máximo de toda persona afligida por cualquier tipo de limitación. Esta

concepción se traduce en acciones, mecanismos de influencia individual y social, tecnología, instrumentos materiales, etc., que fundamentan a la rehabilitación como uno de los más importantes procesos sociales que toda sociedad está experimentando, aunque con diferente nivel de realizaciones en la práctica. (Moragas *apud* Pantano, 1987)

En este sentido, todo dispositivo planificado debe estar en consonancia con los recursos de la comunidad como una forma de garantizar el acceso a los mismos.

Si se atienden algunos números con relación al recurso caballo en Uruguay, se encuentra que existe una población equina de 425.000 cabezas, constituyéndose en el segundo país a nivel del mundo en relación per cápita (8 a 1) después de Mongolia (Informe Uruguay Siglo XXI, 2014).

Así mismo, parece importante considerar a Pierre Bourdieu (2010) y su Teoría de los Campos, en el sentido que se puede ver que dentro del sector ecuestre en Uruguay existen diferentes campos de fuerza y tensión entre los mismos.

Este autor plantea en su modelo de análisis una sociedad que es observada como un conjunto de campos relacionados entre sí y a la vez relativamente autónomos, donde cada campo se constituye como un espacio de conflicto entre actores enfrentados por los bienes que ofrece ese campo.

En tal sentido, el mundo de lo ecuestre brinda una disputa permanente de un estatus social, posesión de bienes, dominio cultural, herramienta de trabajo, prácticas y costumbres en torno a los caballos que ha existido siempre como parte de la historia en el país.

Se tiene una cultura ecuestre que nos podría unir, a la vez que al mismo tiempo nos podría dividir. Marcaría diferencias entre estratos sociales, a la vez que nos permitiría interactuar en un mismo escenario. Nos reuniría en torno a prácticas comunes, pero también nos diferenciaría en estilos.

Se considera que existen tres grandes sectores, que por su conformación histórica e intereses se diferencian entre sí, a la vez que configuran el amplio espectro del sector ecuestre. Por un lado, se encuentran los trabajadores (urbanos, suburbanos y rurales); por otro lado, está el sector de producción ganadero (frigoríficos de exportación) y producción de servicios (deporte y turismo); y otro lado, está conformado por los servicios militares (cuerpos de caballería).

Sobre este contexto, es que se piensa la línea de la habilitación o rehabilitación ecuestre, plausible de ser desarrollada (ya lo es) en cualquiera de estos escenarios, y quizás, agregándole otro elemento de tensión adicional como podrían ser los servicios de salud y la administración de sus recursos.

Parte III. TAACA Equina o Equinoterapia

Conceptualmente la Equinoterapia refiere a:

(...) una técnica que basada en el aprovechamiento de las cualidades naturales del caballo y empleada en una perspectiva de habilitación o rehabilitación integral del individuo- esto es, concibiéndolo como un ser biopsicosocial, portador de una o múltiples discapacidades- integra de manera armónica elementos vinculados a las áreas de salud, educación y equitación, en un abordaje necesariamente multidisciplinario y procurando su máxima eficacia terapéutica (ANRE, 1999: 1).

Dicha técnica forma parte de las llamadas Terapias y Actividades Asistidas con Animales (TAACAS), y más precisamente a las TAACAs con caballos.

Se entiende por Terapias y Actividades Asistidas con Animales, la metodología desde el abordaje interdisciplinario y transversal del accionar de profesionales de la salud y educación, entre otros, fundado en los beneficios aportados por el vínculo humano-animal, en el abordaje biopsicosocial de las personas incluidas en poblaciones de riesgo, contemplando el bienestar y comportamiento de los animales (Fernández, 2013: 19).

Este abordaje necesariamente relaciona ambientes naturales, vínculos singulares, elementos motivacionales y dispositivos grupales.

Fomenta con gran importancia la interacción social positiva, basada en el cuidado y el respeto por el otro y el medio que rodea. Mediante las actividades se puede educar y crear conciencia de las necesidades y responsabilidades que significan el cuidado y buen trato de los animales y de las personas. Con los niños este punto es de suma importancia, puesto que ellos interiorizan rápidamente su experiencia y generan conductas afectivas con los animales desarrollando una actitud ante la vida.

- Mediante el ejercicio, la actividad, la alegría y el optimismo se favorece enormemente la autoestima de quienes realizan interacciones con animales.
- Estimula la comunicación y el desarrollo del lenguaje, en tanto el diálogo es considerado como un hilo conductor fundamental de la actividad, motivando la interacción verbal entre los practicantes.

- El contacto con los animales genera motivación en las personas, a través de este vínculo especial y cálido que con los animales se puede propiciar.
- Reduce la ansiedad puesto que el contacto con los animales, en un marco cuidado y planificado, resulta tranquilizador, ameno y distendido.
- También es un vehículo a través del cual se pueden trabajar contenidos educativos como por ejemplo: incrementar el vocabulario, la memoria, aportar conocimientos tales como: tamaño, color, forma, entre otros.

Contrariamente a lo que sostienen otras corrientes, marcos teóricos y prácticas, se sostiene enfáticamente como dice Vasen que: “Aún en el caso de los caballos que inducen un estímulo corporal intensísimo en quienes practican equinoterapia, sólo la presencia y las intervenciones de los equipos interdisciplinarios que sostienen estos dispositivos convierten lo estimulante y provocador de una vivencia en una experiencia con efectos terapéuticos o rehabilitadores” (Vasen, 2006: 435).

Parte IV. Ambientes amigables

El medio ambiente es el entorno que afecta a los seres vivos y que condiciona sus circunstancias vitales. Se entiende por ambiente también aquellas condiciones y circunstancias físicas, humanas, culturales y sociales que rodean tanto a la persona, animales o cosas en un determinado momento.

De este modo, el ambiente puede oficiar como facilitador u obstaculizador de vínculos afectivos saludables.

Hoy en día el urbanismo diagrama una determinada modalidad vincular caracterizada por la primacía de los lugares cerrados, la inmediatez, lo fugaz, la reducción del tiempo de esparcimiento al aire libre, etc. Nuevas tecnologías consideradas como “facilitadores” de la comunicación terminan por obstar encuentros, produciendo lejanías en el intento por estar más cerca del otro, mediatizando vínculos, disminuyendo lo que hay de espontáneo y automatizando cuerpos.

Un ambiente facilitador o potenciador sería aquel que incluye espacios (físicos y vinculares) que contemplen las necesidades físicas y emocionales de las personas. Éste sería considerado un *ambiente amigable* en tanto procura mejorar las condiciones presentes.

Desde este Proyecto se considera que el caballo y las prácticas entorno a éste, habilita vínculos con otros ritmos y ofrece diferentes canales de comunicación que obliga a estar atentos a otras señales. Es un animal potenciador de la calma, la cercanía y la protección a pesar de estar sumergido en una función paradójica, en tanto es un animal asociado a la velocidad, al vértigo y al peligro (caídas, etc.).

Desde el lugar en que se lo utiliza en Equinoterapia permite hacer de la técnica una actividad tanto de rehabilitación como de promoción y prevención en salud (habilitación).

Parte V. Historias cotidianas

Desde el comienzo la Escuela N° 236 tuvo una impronta agraria, donde el caballo vinculado a lo rural y sus labores era una constante. Así lo registraron fotos que desde el año 1976 muestran como los niños araban la tierra, plantaban y cosechaban.

Más cercano en el tiempo hubo intentos de utilizar los caballos, pero esta vez con un componente más educativo-rehabilitador. Ya las condiciones eran diferentes y el caballo duró lo que dura un sueño, fue robado y se desistió de trabajar de esta manera.

En el 2008 las condiciones habían cambiado aún más, los caballos *pasaban en grandes grupos* por la puerta de la escuela. “El petiso” se encargaba de llevarlos del asentamiento a pastar en las áreas verdes que existían próximas a la ruta o los terrenos baldíos de la zona. Su oficio se había constituido por las necesidades de alimentación de los caballos y el pequeño ingreso que recibía de los dueños. Se había convertido en un *tropillero urbano*.

Detrás de ese oficio, venían los adolescentes que lo acompañaban, algunos niños que les gustaban los caballos, y los dueños que vivían de la clasificación de residuos urbanos sólidos.

En este contexto, sumado a la formación que algunos de nosotros recibimos por parte de un Médico Francés,¹ fue que se decidió en conjunto con la Dirección volver a plantear la necesidad de realizar Equinoterapia en la escuela.

Esta vez con una mayor perspectiva social y de inclusión, se coordinó y contó con todo el apoyo de la Unión de Clasificadores de Residuos Urbanos Sólidos (UCRUS), a través de su Presidente (en aquel entonces Secretario), el Sr. Walter Rodríguez, y de varios vecinos (Mario y “El Loquillo”) que prestaron sus caballos, sin saber nada del tema, con muchos temores con relación a la discapacidad pero convencidos de que estaban colaborando con la escuela.

Así llega “la Tubiana”, yegua que no cumplía con prácticamente ninguno de los requisitos necesarios (anatómicos, condiciones de salud, estado de los cascos,

¹ El Dr. René Garrigue, proveniente de la Universidad de Bobigny – París Norte, impartía en Latinoamérica cursos de capacitación práctica, según el programa de la Diplomatura de Rehabilitación por la Equitación que dicha universidad brindaba. Vicepresidente de la FDRI y Médico Sin Frontera, fue el impulsor principal de una de las tres corrientes, que a nivel mundial, se desarrollaron en materia de Equinoterapia.

en estado de gestación avanzada), pero de la cual se tomó su nombre para el Proyecto, se adoptó luego su cría (“Luna”), y se fueron aprendiendo los primeros pasos.

Parte VI. Tercera Generación

En este universo de trabajo, tareas y responsabilidades, hay un grupo de jóvenes y adolescentes que sin darse cuenta, o sin pedirlo, comienzan a recibir un saber práctico a partir del vínculo con los caballos. Esto se establece a partir de una segunda necesidad (después de la alimentación) como es el cuidado cotidiano.

El cuidado de los caballos implica la necesidad de moverlos, cambiarlos de lugar en la casa y el barrio, cortarles el pelo, sacar abrojos, limpiar heridas, desenredar (a los caballos sogueros), separarlos de los padrillos, estar permanentemente cuidándolos de extraños.

En la práctica, entrenan una forma de observar, moverse, estar alerta a las señales de los animales, ser parte de un ambiente vivo y excitante, sumado a los desafíos de la adolescencia.

De todas maneras no es un vínculo desde lo lúdico, la diversión, el placer de un deporte o practica de equitación; es desde un futuro oficio. Al caballo no se lo monta, no se lo galopa, no se lo entrena, solamente se lo cuida.

Y mientras tanto, ¿qué pasa con estos jóvenes y adolescentes a nivel educativo? Se considera que muchas veces no coincide el nivel de responsabilidad y experticia, su lugar en los grupos de pares en el barrio, sus modelos relacionales, y las exigencias curriculares. ¿Cómo pedirle atención, silencio, motivación en una clase, a un muchacho que experimenta la sensación de libertad al galopar en un caballo? ¿Cómo presentarles un futuro de oportunidades a través de la formación académica, cuando el trabajo los espera junto a un carro en el momento que lo pidan?

Esta tercera generación, nietos de abuelos que vinieron del campo, hijos de padres sin mejores opciones laborales que la clasificación, encuentran en el vínculo con los caballos, una escuela que los prepara para la vida, les da herramientas para la superación económica, y los desafía en el desarrollo de habilidades. A la vez que los habilita en la circulación social por diferentes barrios (circuitos).

Por otro lado, los jóvenes, hijos o nietos de los propietarios de los caballos se introdujeron al mundo de la discapacidad (“de gurises con ganas de aprender”), mostraron lo que sabían y permitieron que los niños de la escuela aprendieran que “hurgadores” son los chanchos... *“Nosotros somos clasificadores de materia prima y nuestro día de reconocimiento es el mismo que el del cuidado del medio ambiente”.*

Parte VII. Dando vuelta la página

Pero, entonces, ¿qué fue de las terapias con animales, la rehabilitación ecuestre y la Equinoterapia hasta ahora?

Fueron actividades que habilitaron otras formas de conocimiento y reconocimiento entre vecinos. Vecinos que empezaron a confiar nuevamente en el otro, jóvenes que mostraron sus habilidades en el manejo con equinos, y equipos que intervinieron en este nivel social, a la vez que aportaron a la escuela elementos mediadores para el aprendizaje, estimulación basal y aspectos culturales significativos para la comunidad educativa.

En esta escuela se conjugaron oportunidades, voluntades y necesidades, se pudo articular entre los recursos locales y colaboradores externos, se brindaron servicios de salud y educación.

Pero, ¿por qué se tuvo que dar soluciones a nivel local, de problemas que no encontraron respuesta a nivel nacional a través de los servicios de salud? ¿Por qué se generaron respuestas locales? ¿Qué peso tuvo los factores sociales sobre los factores de rehabilitación? ¿Cuánto hubiera incidido una intervención externa a través de un servicio centralizado con ninguna base territorial?

Cuando la educación y la salud se encuentran en la frontera de la discapacidad, se deben valer de estrategias de intervención que den la posibilidad de avanzar sobre las potencialidades del individuo y así poder considerar una verdadera rehabilitación integral.

Quien dé el espacio para el abordaje tendría necesariamente que considerar al otro y en una espera transitoria trabajar la transdisciplina.

Este trabajo da cuenta de una experiencia piloto a partir de la cual la educación recibe la Equinoterapia con base en la comunidad, analiza sus implicancias y beneficios, construyendo un puente hacia la salud con una perspectiva integral e integradora (desarrollando y fortaleciendo las conductas adaptativas).

Bibliografía

- III TALLER INTERNACIONAL DE REHABILITACIÓN ECUESTRE (2014). Discurso de cierre. Congreso Internacional NeuroRehabana, Palacio de las Convenciones de La Habana, Cuba.
- ASOCIACIÓN NACIONAL DE REHABILITACIÓN ECUESTRE (A.N.R.E.) (1999). Definición institucional extraída de los estatutos fundacionales página 1. Montevideo - Uruguay

- BOURDIEU, P. (2010). *El sentido social del gusto. Elementos para una sociología de la cultura*. Buenos Aires: Siglo XXI
- FERNÁNDEZ, A. (2013). *De Equinoterapia a TAACA Equina*. Río Negro: Editorial FEM (Fondo Editorial Municipal).
- FERRARI, A. (2012). *Caracterización y potencialidades del Sector Ecuestre*. Informe Uruguay Siglo XXI. Programa de Apoyo al Comercio Exterior.
- PANTANO, L. (1987). *La discapacidad como problema social*. Buenos Aires: Editorial Universitaria.
- PAZ, A., RÜGNITZ, L. y AGUILERA, A. (2007). Diagnóstico Social Participativo, Asentamiento 6 de Diciembre. P.I.A.I-M.V.O.T.M.A.
- VASEN, J. y MASSEI, H. (2006). “Reinserción social en adolescentes a través del programa ‘Cuidar-cuidando’”. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría* Vol. XVII, pp. 432-439.
- VASEN, J. (2013). *Contacto niño-animal*. Buenos Aires: Editorial Noveduc.

Capítulo 8 **Problematizando los diagnósticos en la infancia**

Analía Camiruaga y Ana Mosca

Introducción

El presente trabajo propone reflexionar sobre la globalización de ciertas prácticas clínicas en el trabajo con niños y adolescentes y los presupuestos teóricos que las sustentan. Es a través de un caso clínico, que a modo de ejemplo disparador, se plantean algunos puntos a considerar.

Cecilia: Cuatro años y dos diagnósticos.

Una mañana llega a la consulta de seguimiento Laura con su hija Cecilia de 4 años. Es una mujer joven, mira con expresión de desconcierto y pide orientación a partir de dos diagnósticos que recibe de su hija en menos de una semana y que no puede comprender: Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) y Déficit Atencional con Hiperactividad (ADDH).

Tiene una historia para contar que aún no le fue solicitada. Llegando Laura casi a los 7 meses de embarazo, instala una preeclampsia por lo que el parto se precipita. La niña nace antes de los 7 meses de gestación, con muy bajo peso, lo que constituye un cuadro clínico de prematuridad severa, de alto riesgo. La madre, a su vez, debe ser internada en cuidados intensivos, hasta que logra estabilizarse. Cecilia permanece internada hasta ser dada de alta con un buen peso. No tiene complicaciones durante la internación.

Cecilia es hija de una pareja de corta duración. El padre, un hombre 15 años mayor que la madre, padecía al empezar la relación, y sin comunicárselo a Laura, un proceso de enfermedad terminal. Antes del año de vida de Cecilia, el papá muere. Ambas tuvieron poco amparo. Los procesos de desarrollo y crecimiento de Cecilia requirieron mucho esfuerzo a una mamá primeriza y con su familia de origen viviendo en el interior.

La niña fue controlada por un equipo multidisciplinario especializado en el seguimiento de prematuros (Neuropediatra, Neonatólogo, Psicomotricista). Equipo que fue orientando a la madre y despistando la aparición de posibles

secuelas debidas a su prematurez, solicitando las interconsultas que el desarrollo de la niña o sus desviaciones fueron requiriendo (Oftalmólogo, ORL, Gastroenterólogo, Psiquiatra Pediátrico). Con un año padece dos episodios de convulsiones febriles, que no vuelve a repetir.

Cecilia se presenta en las consultas como una niña agradable, sonriente, mantiene contacto ocular fugaz al inicio, luego se detiene frente a situaciones que despiertan su interés. Acepta el contacto físico. Inicia su lenguaje al año, se hace entender. Incorpora nuevas palabras, muchas ininteligibles, arma frases. Hace dudar sobre la comprensión, al inicio, lo que irá mejorando en el transcurso de las consultas. Disfruta de cantar canciones. El simbolismo al inicio escaso, va emergiendo en el juego que realiza. Mantuvo algunas dificultades en la alimentación, acumulando alimentos en la boca, lo que paulatinamente fue mejorando, manteniendo una alimentación selectiva. Manifiesta miedo a los ruidos fuertes y sorprendidos. Participa de las rutinas de la casa, ayuda a vestirse y lo que puede lo hace sola.

Al ingresar Cecilia a los tres años a Educación Inicial comenzaron las luces rojas y un deambular en consultas con técnicos solicitando ayuda para comprender una situación que se cierne, con creciente oscuridad, sobre la vida de ambas. Se describe a Cecilia, con poca interacción con sus pares, o que la misma necesita de la mediación del adulto para favorecerla. Inquieta, disfruta del movimiento. Tiene un lenguaje no siempre comprensible para el otro. Por momentos no sigue las consignas.

Mantiene la escolarización, y es al iniciar los cuatro años, que se le sugieren a la madre dos diagnósticos de la entidad de TGD y TDAH, a partir de alguna característica de Cecilia. Esto angustia a Laura, le genera desconcierto y desconfianza frente a los técnicos que acompañan el desarrollo de Cecilia y a sus capacidades como madre. Situación que retraumatiza a Laura y convoca los duelos múltiples no elaborados de la historia de vida de su hija, la suya propia y la del padre.

Desde la práctica clínica que se realiza, se participa de la riqueza de una integración interdisciplinaria, que habilita a pensar desde múltiples abordajes las complejidades de la misma. Se observa un incremento sostenido en dicha práctica, de denominar rápidamente “trastornos” a manifestaciones conductuales de los niños.

En tiempos donde prima la prisa, la búsqueda de certezas, de soluciones inmediatas, de intolerancia a la incertidumbre, se observa con preocupación el riesgo de que la labor en la clínica se transforme de receptiva en evacuativa. Se

entiende que la tarea de diagnóstica, así, más que un proceso de comprensión y conocimiento tiene el riesgo de conducir a un camino de estigmatización.

La evaluación del desarrollo de un niño implica un tiempo necesario que permita al técnico conocer cada área de funcionamiento. La expresión de desviaciones del desarrollo, así como los síntomas, requiere ser evaluados con detenimiento.

La problemática puede quedar reducida a lo externo, con el riesgo de no considerar variables fundamentales como la subjetividad de quien la evidencia, su contexto familiar, la influencia de lo transgeneracional, así como el contexto sociocultural presente a través de las instituciones y las características epocales.

El “síntoma” que se trae a la consulta, requiere una doble consideración objetiva y subjetiva, que le otorga un sentido único para cada sujeto. Habla, en primer lugar, de lo intrapsíquico pasible de una explicación histórica arraigada en la experiencia vital del sujeto, con un sentido particular para cada uno. También en lo sintomático queda escenificada una historia vincular, dando cuenta, por lo tanto, de lo intersubjetivo.

No se debe olvidar que para el psicoanálisis, lo disfuncional, representa una tentativa de cura frente al malestar, intento que ha de ser tomado en cuenta en la singularidad de una historia y un contexto.

El síntoma, entonces, encierra una riqueza significativa que no puede quedar reducida a un único sentido. Ha de pensarse en referencia a un tiempo y un espacio específico. Ha de ser escuchado para ser entendido y develado en sus sentidos. Nada de esto ocurre si hay apuro por ubicarlo en una grilla.

Se ha afirmado que simplificar los contenidos que encierra refiere a una clínica dogmáticamente reduccionista. Es así que, en el afán de buscarle una rápida denominación, se pretende aprehender y controlar el sufrimiento psíquico. Puede ocurrir que el diagnóstico defina y ubique una nueva filiación, integrando al sujeto a una “neofamilia” e invisibilizando así su singularidad subjetiva.

Con frecuencia se escucha: *“Tengo un hijo TOC y otro ADDH, ¿qué puedo hacer? ¿Qué hice mal?”*, refiere una madre. Así como un docente desconcertado: *“Me dicen que es un TGD, ¿qué hago con esto?”*

Parecería replicarse en la persona que recibe el diagnóstico y en su entorno más cercano, familiar e institucional, el efecto negador y amputador de la dimensión subjetiva.

El posicionamiento, por tanto, que se pretende afirmar, se centra en enfatizar que un diagnóstico es un proceso que requiere consideración de múltiples variables contextuales. Se necesita un tiempo necesario de elaboración de una hipótesis diagnóstica que conduzca a una estrategia terapéutica oportuna.

Citando las ideas de Marcelo Viñar,

(...) un psicoanálisis dogmático podría privilegiar en exclusividad a la causalidad fantasmática, estando así en las antípodas ciertas escuelas psiquiátricas que a través del uso de criterios descriptivos, clasifican los problemas evacuando la noción de sujeto, subjetividad y psicopatología. Y esa taxonomía sin sujeto, de una psiquiatría despersonalizante, tiene consecuencias catastróficas que vemos diariamente (Viñar, 2005: 102).

Se propone que el posicionamiento del técnico debería incluir una buena capacidad de espera, de duda, sosteniendo cierta “porosidad” en la escucha que le permita luego formular las hipótesis diagnósticas y terapéuticas más adecuadas. Para ello, necesariamente ha de construir un conocimiento profundo sobre la estructura y funcionamiento del psiquismo en cada etapa evolutiva. Ha de tomar en cuenta parámetros de la normalidad y de la psicopatología enmarcados en el contexto socio-cultural del paciente. Esto implica un equilibrio del técnico, integrando su formación y su propio análisis con una postura menos nosografista y más abierta a escuchar los relatos, las narrativas de la historia de vida de cada niño o adolescente que llega a la consulta.

Preocupa la mirada patologizante que se despliega en consultas rápidas, donde se investiga en forma poco profunda. Desplazando en los padres o en el propio niño el peso del diagnóstico que se formula. La naturalización y la legitimación del uso de diagnósticos, realizados en forma apresurada, han de ser interpeladas. El niño o adolescente y su familia quedan expuestos a verse “sometidos” ante una verdad que les es “revelada”.

Se propone una imperativa revisión crítica de las clasificaciones diagnósticas utilizadas con ligereza y premura. Revisando la Clasificación diagnóstica: 0-3, “Clasificación diagnóstica de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana” (1998: 20), plantea la importancia de la evaluación diagnóstica detallada, en las áreas relevantes de funcionamiento, realizado en el tiempo necesario y por un clínico con suficiente experiencia. Considera en la introducción que: “Cualquier intervención o programa de tratamiento debe basarse en una comprensión tan completa como resulte posible de las circunstancias del niño y la familia” (1998: 21).

Agrega, que con frecuencia, si bien los clínicos atribuyen importancia a un enfoque abarcativo del diagnóstico, en la práctica abordan detalladamente aquellas variables “favoritas” para el clínico, dejando una mirada superficial sobre

el resto. Enfatiza, entonces: “Si bien estas tentaciones son comprensibles, un clínico encargado de realizar un diagnóstico completo y programar intervenciones adecuadas tiene la responsabilidad de tomar en cuenta todas las áreas relevantes de funcionamiento del niño, aplicando los últimos conocimientos” (1998: 21). Se pasa a describir las áreas que considera deben evaluarse, así como la historia psicosocial y médica de la familia, del embarazo y parto, incluyendo estresores. Sugiere para la realización de una evaluación completa, un mínimo de tres a cinco sesiones de cuarenta y cinco minutos o más cada una.

Se requiere una corriente despatologizadora de las denominaciones, los distintos síndromes pretenden conferir sentimiento de identidad a aquel que le son asignados. Es mucho lo que se puede hacer, un ejemplo podría ser procurar la toma de consciencia colectiva, de los mecanismos que quedan invisibilizados en la construcción social de la supuesta normalidad. Visibilizar la ideología de poder subyacente a dichos mecanismos de construcción social.

Se deberían volver visibles los procesos de disciplinamiento que subyacen. Diagnosticar puede volverse algo que atente contra los procesos del desarrollo, que afecte la mirada de las personas del entorno directo del niño y puede generar y potenciar efectos iatrogénicos. Quien interviene ha de proceder con mucha cautela, sin prisa, sin refugiarse en certezas. Se prioriza una visión integradora del niño y del adolescente, que incluya la complejidad, así como el aporte y participación de distintas disciplinas.

El trabajo con un enfoque interdisciplinario implica una disposición a trabajar en un espacio donde confluyen distintos saberes y modelos, que si bien se mantenga la autonomía de cada disciplina, se permita a su vez una mirada integradora de las distintas perspectivas. Apuntando a la complejidad y la complementariedad de las miradas. Estos espacios implican tanto acuerdos básicos entre los integrantes, como el manejo de rivalidades y lugares de poder entre los distintos técnicos.

Los intercambios de las concordancias así como las controversias, implican un espacio y tiempo de elaboración conjunta, que enriquece y apuntala el hacer desde cada disciplina, sin sustituir la pericia y responsabilidad que cada integrante del equipo tiene en la especificidad de la disciplina que despliega.

A modo de comentario final

Pensamos que existe un escenario dilemático, por un lado, en la infancia el tiempo cuenta, pero esto no puede motivar un diagnóstico apresurado, tampoco, como ocurre a menudo, que se deposite en el acto de medicar y en la medicación la estrategia prioritaria o única para acallar malestares.

La elaboración de una hipótesis diagnóstica y una terapéutica adecuada es fundamental ya que implica a la evolución y el pronóstico del niño o adolescente que llega a la consulta. Elaboración que implica al técnico, en tanto su saber-hacer convoca a su formación, experiencia, y a su capacidad para integrar la complejidad e incertidumbre.

La integración de las distintas disciplinas enriquece la compleja trama que se teje en torno al desarrollo del niño y sus desviaciones. Constituyendo un verdadero desafío el poder desarrollar una mirada integradora del niño o adolescente y trabajar en la interdisciplina.

Bibliografía

- BERGER, M. (2000). *El niño hiperactivo y con trastornos de atención, un enfoque clínico y terapéutico*. Madrid: Síntesis.
- BIRRAUX, A., FRIONI M., GINÉS A., HUERRE P., KANCYPER L., LAURU D., MAGGI I., MARTY F., OUVRY O., PELENTO M. L., POMMIER F., PREGO C. E., ULRIKSEN DE VIÑAR, M. y VIÑAR M. N. (2005). *Adolescentes hoy en la frontera entre lo psíquico y lo social*. Montevideo: Ediciones Trilce
- FERNÁNDEZ, A. (2011). *La atencionalidad atrapada*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- FREUD, S. (1919). *Lo ominoso*. Vol. XVII. Buenos Aires: O.C. Amorrortu
- JANÍN, B. (2004). *Niños desatentos e hiperactivos, reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- MÍGUEZ, M. N. (2011). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- REVISTA CPU (2012) “Medicalización niñez psiquiatrizada, medicación como disciplinamiento”. *Revista CPU* N° 239.
- RODULFO, R. (comp.) (1995). *Trastornos narcisista no psicóticos*. Buenos Aires: Paidós.
- UNTOIGLICH, G. (2011). *Versiones actuales del sufrimiento infantil. Una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad*. Buenos Aires: Noveduc.

Capítulo 9

Educación no formal y procesos de medicalización. Desafíos en la intervención

Lucía Sánchez y María José Velázquez

“El mundo es eso. Un montón de gente, un mar de fueguitos. Cada persona brilla con luz propia entre todas las demás. No hay dos fuegos iguales. Hay fuegos grandes y fuegos chicos y fuegos de todos los colores. Hay gente de fuego sereno, que ni se entera del viento, y gente de fuego loco, que llena el aire de chispas. Algunos fuegos, fuegos bobos, no alumbran ni queman; pero otros arden la vida con tantas ganas que no se puede mirarlos sin parpadear, y quien se acerca, se enciende”

Eduardo Galeano

Punto de partida

La propuesta a presentar surge de la experiencia de trabajo en el marco de la educación no formal, más concretamente en un Centro Juvenil, el cual se constituye como un proyecto socioeducativo que brinda atención integral de tiempo parcial; siendo co-gestionado por el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU) y una Asociación Civil, dirigida a adolescentes entre 12 y 17 años, especialmente aquellos/as en situación de vulnerabilidad social.

El mismo, tiene por un lado, como uno de sus principales objetivos la permanencia y/o inclusión de los jóvenes en el sistema educativo formal. Por otro, generar un espacio de encuentro, integración y participación de los jóvenes de la zona a través de actividades educativas (apoyo educativo y diversos talleres) y recreativas, apostando a fortalecer las potencialidades de los mismos en tanto sujetos con real capacidad de escucha, expresión y reflexión.

Cabe destacar que se propone un estudio desde una matriz teórica-metodológica que retome la subjetividad, entendiendo así al sujeto como activo, como “producto y productor” de su propia historia. Se apuesta construir un

abordaje que no se reduzca a lo aparente, lo “fenoménico” contemplando los “puntos ciegos” que atraviesan las intervenciones. De este modo, se entiende que la intervención de los técnicos del Centro Juvenil impacta en la vida cotidiana de los adolescentes, y es justamente en ese campo en el cual se pretende lograr una ruptura, donde en un proceso de intervención *con* el otro y no *sobre* el otro, se comiencen a plantear interrogantes procurando una discusión crítica que apueste a desnaturalizar lo ya dado, a superar lo aparente.

¿Intervenciones subjetivantes o réplica de prácticas “disciplinantes”?

Las intervenciones en el Centro Juvenil, en tanto centro educativo perteneciente a la educación no formal, conllevan como uno de sus principales desafíos no replicar formas de actuar disciplinantes, ni medicalizantes, en un contexto de creciente patologización de la infancia y adolescencia.

En este sentido, resulta menester poder reflexionar en torno a sus objetivos, lo cual habilita una lectura más crítica de las diversas intervenciones llevadas a cabo en el cotidiano.

De este modo, en primer lugar, se plantea la *inclusión y/o permanencia en el sistema educativo formal*. Esto, si bien se puede trabajar desde el derecho de todo adolescente a acceder a una educación de calidad en función de sus propios intereses y necesidades, es interesante poder cuestionarse si se contempla la diversidad o se impone como mandato. Es decir, ¿qué sucede con aquellos adolescentes que por diversas situaciones no logran la permanencia en el sistema educativo formal? ¿Se tiene en cuenta que la oferta educativa no siempre considera las necesidades e intereses reales de los/as adolescentes? ¿Hay una desvalorización hacia la educación no formal? ¿Se proponen los espacios de educación no formal como una real alternativa o subyacen como “complemento” de las instituciones de educación formal?

Resulta interesante poder pensar en torno a dichas interrogantes ya que de ello dependerá el planteamiento de distintas estrategias, es decir, si se continúa el camino de las instituciones educativas desde una lógica disciplinante, donde cada uno debe permanecer en su banco, responder a una currícula establecida en el tiempo “normal” pautado, o de lo contrario proponer espacios más abiertos, flexibles, menos estructurados donde el movimiento de los cuerpos sea parte, en lugar de ser reprimido.

En este contexto, es pertinente poder pensar inversamente a lo establecido en la mayoría de las circunstancias; es decir, en lugar de plantear al adolescente como aquel que no se adapta a lo esperado, cuestionar prácticas pedagógicas y/o

didácticas, currículas homogéneas para grupos que claramente no lo son dando cuenta que no hay lugar a la diversidad. Entonces, ¿por qué no pensar que los centros educativos en la actualidad no están preparados para enfrentar nuevos desafíos ante nuevas inquietudes de la niñez y adolescencia de hoy frente a una currícula homogénea y preestablecida? ¿Se piensa realmente que los niños y adolescentes de hoy son distintos que los de ayer? Se entiende que la infancia y adolescencia en la actualidad presenta intereses, desafíos, oportunidades, inquietudes, distintas a los de antes; por tanto, ¿se tiene en cuenta ello al momento de pensar proyectos y estrategias educativas? Aquellos adolescentes etiquetados de inquietos, ¿no estarán exteriorizando necesidad de cambios? A través de sus manifestaciones conductuales, ¿no exteriorizan lo que han interiorizado de una sociedad que se caracteriza en ser cada vez más violenta? (Sánchez, 2011).

En relación a las exigencias, no se debe desconocer que en el caso de los adolescentes que concurren al Centro Juvenil, lo hacen durante el horario de la tarde, luego de concurrir toda la mañana al liceo. Esto es de suma importancia al momento de pensar en la propuesta para ellos, pues vienen de una institución con estructuras más rígidas.

En cuanto al segundo objetivo: generar un espacio de encuentro, integración y participación de los jóvenes apostando a fortalecer las potencialidades de los mismos en tanto sujetos con real capacidad de escucha, expresión y reflexión. Es aquí donde no se puede dejar de preguntarse: ¿de qué participación se está hablando? ¿Cuándo la participación de los niños y adolescentes “molesta”? ¿Se dan realmente esos espacios? ¿Se los escucha y permite expresar? A veces la escucha es restringida y la participación guiada por lo que se busca desde el mundo adulto, produciéndose por ende una intervención *sobre* y anulando la capacidad de reflexión del otro.

Pensar y construir desde la complejidad implica considerar la diversidad, pluralidad, en procura de superar la homogeneidad de estrategias, como si todos los sujetos, y en este caso concreto los niños y adolescentes, fueran iguales.

Siempre hay una pluralidad de adolescencias en cada tiempo histórico, y según el lugar geográfico y social, y por otra parte, son de considerar las diferencias de estilos personales que muestra la diversidad humana. No hay una noción unitaria y genérica: la adolescencia es una unidad estallada, que debe ser estudiada en la diversidad de sus contrastes, siempre desde lo singular e inédito, y hay ciertas formas de generalización en “regularidades observables” que caminan en sentido opuesto al deseado, el de desconocer lo singular (Viñar, 2013: 27).

Es esencial no desconocer la singularidad, contemplando las diferencias para poder construir estrategias que apunten a la diversidad, y de este modo evitar estandarizar propuestas educativas. Para ello será fundamental que tanto los referentes educativos, familiares como técnicos puedan problematizar y darle otra connotación a la diferencia, descentrándola de la negativa, incorporándola por la positiva y habilitándola como parte del “ser” en construcción y crecimiento.

Cuerpo y movimiento en el escenario educativo

La figura del niño y adolescente últimamente ha sido depositaria de cierta culpabilización e individualización de los problemas que trascienden particularidades. De este modo, ante la inmediatez y la búsqueda de soluciones simplistas, se oculta una realidad por demás compleja, despojando así de todo compromiso y responsabilidad al colectivo como tal.

Se comparte que “la mirada que un niño recibe es estructurante de su ser. Y una mirada en la que el otro es un trastorno de por vida es un espejo riesgoso” (Janin, 2013: 10).

Un ejemplo de ello es la situación de Juan,¹ adolescente de 13 años de edad, “alegre, cariñoso, tierno, inquieto, ansioso, gracioso, siempre en movimiento”. Desde la institución de salud y la educativa formal planteaban la inquietud del adolescente como una preocupación. En distintos encuentros y entrevistas se trabajó ello con su madre, donde se desprende, por un lado, que la misma se relaciona con una forma de expresión de su angustia debido a cambios sustantivos y puntuales en la dinámica familiar. No obstante, a medida que se fue conociendo a Juan y su familia, se visualizó que este movimiento era parte de su ser y no era ajeno a su historia personal y familiar.

Por otro lado, se trabajó en torno a la necesidad de considerar como otra dimensión que la adolescencia constituye momentos de cambios complejos en la conformación de la subjetividad y psiquismo de los sujetos, siendo el contexto como un determinante fundamental. Así, se considera esta etapa caracterizada por momentos procesuales de cambios, regresiones, progresiones, tanto a nivel físico como afectivo.

De este modo, surgen las siguientes interrogantes: ¿qué es lo “normal” y “patológico”? ¿Cuándo un movimiento se transforma en “patológico”? ¿Quién determina “cuanto” debe moverse un joven? ¿A quién le incomoda el movimiento? ¿Por qué?

¹ Cabe aclarar que el nombre ha sido modificado, en pos de preservar su intimidad.

Los sujetos a lo largo de su historia, desde la más temprana edad, se van apropiando de determinados valores y pautas de conductas que hacen posible su *autoconservación* (Heller, 1994); es decir, interiorizan conductas socialmente aceptadas y homogeneizadas. Se produce un proceso de interiorización de lo externo. Ahora bien, ¿qué sucede cuando se exteriorizan conductas que escapan a lo socialmente esperado? Es ahí muchas veces donde se cuestiona, corrige, rehabilita, normaliza, controla (Sánchez, 2011).

En el caso concreto de Juan, las estrategias pensadas para él no siempre fueron ajenas a esta realidad homogeneizante, disciplinante y expulsiva en cierto sentido. De hecho, fueron antes pensadas en un principio, *para* Juan, y no junto con él, en procesos que implican necesariamente negociaciones, acuerdos. Así, los pedidos de que se retire antes del Centro, por ejemplo, estuvieron a la orden del día. No obstante, a medida que se fue incorporando y pensando juntos estrategias de intervención que realmente apunten a escucharlo, en sus opiniones, sentires y vivencias, se pudieron concretar acuerdos y pensar espacios inclusivos, habitables para él; posibilitando una mirada no patologizante tanto desde el equipo de Educadores y Técnicos como del resto de sus pares; promoviendo intervenciones subjetivantes. En este contexto, se llegaron a acuerdos que contemplaran las necesidades y deseos del adolescente, como ser retirarse de los talleres y/o del Centro cuando él necesitase o desease. Lo que se pretendía era no homogeneizar la propuesta, potenciar y fortalecer su capacidad para autorregularse, considerando su singularidad de acuerdo al momento que se encontraba transitando. De igual manera, se le propuso una beca de boxeo, con la cual tanto él como su familia se sintieron a gusto y de acuerdo. La misma fue evaluada desde los tres lugares (Juan, Familia, y Centro) como una experiencia muy positiva. Juan manifestaba “descargar mucho” a través de la práctica de tal deporte; visualizándose como una herramienta que desde el disfrute y la acción le permitió la simbolización.

Cuando Juan comienza a participar del Centro se encontraba medicado con metilfenidato, el cual había sido suspendido por decisión de él y su madre dados los efectos secundarios que lo afectaban (recurrentes dolores de cabeza). En varias oportunidades desde él y su familia se planteó el deseo de buscar alternativas a la medicación con psicofármacos, siendo la práctica de tal deporte la evaluada en ese momento como la más pertinente.

Con el paso del tiempo se observó el impacto que generó en el fortalecimiento de la autoestima de Juan, quien se presentaba en el grupo como “el Boxeador del barrio”, corriéndose del lugar de “*el que molesta*”, “*el inquieto*”, “*el ansioso*”. Cabe destacar la importancia de generar estrategias alternativas que a través del arte, el

deporte, la música puedan provocar este impacto y se alejen de una “solución” rápida. Es desde esta postura crítica que se apuesta a que en tales estrategias no se generen alianzas con el “beneficio secundario” del síntoma, buscando encontrar el significado del mismo, el cual muchas veces queda solapado, por ejemplo, por la medicación.

En este “escuchar” a Juan también surgieron otras cuestiones, a saber: las sobreintervenciones técnicas. En ese momento él se encontraba no sólo concurriendo al liceo y al Centro Juvenil, sino que también a un Centro de Atención multidisciplinaria donde concurría a Psicopedagogo, Psicomotricista y Psicólogo. Esto lo plantea en los distintos encuentros con él, donde surge que por concurrir al Centro Juvenil dejaba de asistir a la Psicóloga. Esto no es menor dado que demostraba su sentido de pertenencia a este espacio (Centro Juvenil), asistiendo regularmente, incluso luego de jornadas donde se le pedía que se retire antes. Por otro lado, destacar la sobreintervención que muchas veces se realiza en estos casos, donde diversos técnicos desde diversas disciplinas muchas veces invaden (sin articulación y coordinación entre ellas) los espacios más íntimos, generando, como en este caso, un desgaste real.

A modo de reflexión

Se debe reconocer que en los distintos procesos de intervención desde el Centro Juvenil, se generaron momentos de naturalización de los procesos de medicalización y patologización y por ende etiquetamiento a partir de ello. Poner en práctica intervenciones subjetivantes implica entre otras cosas, poder poner la mirada en uno mismo, reconocerse cómo técnico en un mundo donde la urgencia manda y comanda, donde la necesidad del ya se hace presente en cada espacio de la cotidianeidad.

Recuérdese que la historia presentada como colectivo social, y principalmente en el ámbito educativo, no escapa a ello.

Estos procesos de medicalización establecen, determinan y regulan sensaciones, expresiones y manifestaciones. El límite entre lo que se puede (o no) sentir y expresar se establece unidireccionalmente desde un mundo adulto que lo habilita o no. Los procesos de regulación de sensaciones implican, así, “procesos de selección, clasificación y elaboración de las percepciones socialmente determinadas y distribuidas” (Luna y Scribano, 2007: 26).

En este sentido, en el plano de las sensaciones también imperan los parámetros de normalidad. Así, quien exprese sensaciones distintas a lo socialmente esperado y estipulado será regulado, disciplinado, controlado.

Plantear, al decir de Sartre (1945), que el “infierno para el Ser Humano es el otro” implica que los procesos, intervenciones y estrategias desplegadas no son aisladas. En este contexto, se entiende al sujeto individual enmarcado en un colectivo que constriñe o amplía su posibilidad de realización. El sujeto se encuentra en constante interacción con los demás, y es a partir de los otros que también define su existencia.

En suma, queda al descubierto la urgencia de espacios que habiliten una real discusión y reflexión donde se interpele esta realidad; permitiendo momentos de objetivación que trasciendan el ámbito académico y/o profesional, considerando a todos los actores implicados, donde la complejidad de las situaciones de los sujetos permita considerar su historia de vida, contexto social, cultural, político y económico, procurando de este modo evitar aparentes “soluciones” ante situaciones que necesitan inevitablemente ser consideradas en su complejidad (Sánchez, 2011).

Así, pues, pensar en poder construir espacios educativos distintos implica considerar todo esto y estar receptivos siempre a nuevas consideraciones de tan compleja realidad.

Bibliografía

- BARRAN, J. P. (1992a). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- _____ (1992b). *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.
- _____ (1994). “Poder psiquiátrico y control social en el Novecientos”. *Revista Historia y Docencia* N° 1, pp. 15-20.
- DUEÑAS, G. (2013). “Patologización y medicalización en la educación. Intervenciones subjetivantes sobre las problemáticas con las que nos interpelan hoy las infancias y adolescencias en las escuelas”. *Revista Actualidad Psicológica* N° 416.
- GALEANO, E. (1989). *El libro de los abrazos*. Montevideo: Editorial del Chanchito.
- HELLER, A. (1994). *La revolución de la vida cotidiana*. Barcelona: Península.
- JANIN, B. (2013). “El DSM y la medicalización de los niños”. *Revista Actualidad Psicológica* N° 416.

- LUNA, R. y SCRIBANO, A. (2007). *Contigo aprendí... Estudios sociales de las emociones*. Córdoba: CEA-CONICET. Universidad Nacional de Córdoba-CUSCH. Universidad de Guadalajara.
- MANIFIESTO DE BUENOS AIRES. (2011). Por un abordaje subjetivante del sufrimiento psíquico en niños y adolescentes-No al DSM. Disponible en: <http://stopdsm.blogspot.com/2011/05/el-manifiesto-de-buenos-aires-por-un.html>. Fecha de consulta 16/5/2015.
- MIGUEZ, M. N. (2009). “La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva en la niñez de contexto crítico”. *Revista Frontera* N° 5.
- _____ (2011). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- SÁNCHEZ, L. (2011). “Medicalizando cuerpos, ¿restringiendo futuros?”. Tesis de Grado. Montevideo: FCS-UdelaR.
- SARTRE, J. P. (1947). *El existencialismo es un humanismo*. Buenos Aires: Editorial Sur.
- _____ (1964). *Lo imaginario: psicología fenomenológica de la imaginación*. Buenos Aires: Losada.
- _____ (1970). *Crítica de la razón dialéctica*. Buenos Aires: Losada.
- _____ (2006). *El ser y la nada*. Buenos Aires: Losada.
- SCRIBANO, A. (Comp.). (2007). *Mapeando interiores. Cuerpo, Conflicto y Sensaciones*. Córdoba: CEA-CONICET. Universidad Nacional de Córdoba.
- VIÑAR, M. (2013). *Mundos adolescentes y vértigos civilizatorios*. Buenos Aires: Noveduc.

Capítulo 10 **Medicalización: Una mirada desde la escuela**

Mauro Hernández y Lorena Oliver

“Los marginados son el punto de reunión de riesgos y temores que acompaña el espacio cognitivo”

Zigmunt Bauman

Introducción

En una primera instancia se busca narrar algunos sucesos cotidianos de la institución escolar con la intención de partir de una base de conocimiento común. También se hace hincapié en aquellas cuestiones particulares de la escuela y su vínculo con otros equipos de trabajo o técnicos, procurando reconocerlas para luego pensarlas en conjunto. Específicamente se hace referencia a la derivación como forma de intervención. Reconociendo los motivos de la derivación y las respuestas o consecuencias que esta trae.

No cabe duda que para muchos, gratamente, lo narrado no es novedoso y queda el temor, para quienes escriben estas líneas, de generalizar prácticas o situaciones al punto tal de desconocer los caminos profesionales que se construyen desde una óptica ética, profesional y creativa.

En una segunda instancia se realiza una revisión teórica de algunos elementos que se observan como contradictorios en la comparación discurso-acción. La idea es pensar los compromisos pero también las renunciadas a las que la educación se enfrenta: desde el lugar de los niños, de la actividad misma de educar, del docente y de la institución. Para esto es necesario hacer una contextualización de la institución, observar algunas propuestas y comenzar a confiar en la creación de otras formas de enseñar.

Lo que se plantea pertenece a la visión de dos maestros de aula, que encontraran acuerdo en muchos colegios pero también probablemente resistencia al cambio. Defensores de la capacidad educativa de la escuela pero sobre todo de la necesidad de revisar las prácticas profesionales, nos posicionamos para desarrollar esta propuesta con el fin de aunar visiones y pensar colectivamente.

Cotidianeidades

La escuela sigue siendo la institución en la que convergen todos los sujetos durante la infancia; es un hecho que en las mismas se encuentran niños y niñas de diferentes contextos, con diferentes experiencias de vida, con diferentes códigos de comunicación y de vinculación. También es un hecho que tras estos niños y niñas se despliegan una serie de expectativas: de la familia, de cada docente, de la escuela, y de la sociedad (a los efectos de este trabajo tomaremos las primeras dos como elementos a observar, considerando la inevitable complejización que conllevan las otras dos). En general estas expectativas suelen recaer en los logros de los niños, en tanto alumnos, y por tanto son medidas bajo parámetros de desempeño en la institución escolar.

La familia espera que el niño “aprenda” y en algunos casos plantean la necesidad de vincularse en forma “educada” y “respetuosa” con sus compañeros y con los adultos referentes. Lo que según la lógica familiar, y por muchos años también en la lógica escolar, sería una preparación para la vida en la sociedad. Si el niño aprende a ser respetuoso en la escuela, también lo será en el hogar, en el barrio y cada vez que se vincule con otro sujeto.

Y cuando se ahonda en la intención de que el niño “aprenda” se reconoce que se entiende por esta idea principalmente la adquisición de conceptos que involucran las diferentes disciplinas de conocimiento; conceptos que la escuela selecciona, jerarquiza y transmite de acuerdo a la propuesta pedagógica de cada centro y la construcción didáctica del colectivo docente.

Frecuentemente el docente se encuentra increpado por no tener “ningún trabajo escrito en el cuaderno” y la asociación inmediata de “hoy no trabajaron” propuesta por la familia, pero también permeado en el discurso de los alumnos.

Esto, a priori, demuestra que también hay expectativas acerca de la actividad escolar. Es decir, expectativas de logro y desempeño y además expectativas acerca de cómo se llega a estos fines.

En segundo lugar se mencionaban las expectativas que los docentes desarrollan frente a cada niño/grupo. Y el discurso aquí continúa siendo algo confuso.

Cada docente al comenzar el año organiza, de acuerdo al programa escolar desarrollado por la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), cómo asociará los diferentes contenidos conceptuales en torno a unidades temáticas, centros de interés, proyectos de aula, etc. Al mismo tiempo el docente se encuentra con el grupo, conoce las particularidades a partir de las evaluaciones, de lo que observa y al mismo tiempo de lo que el docente del año anterior cuenta o adjunta como trayectoria escolar de cada alumno.

El docente organiza estos contenidos y con ellos piensa las diferentes propuestas didácticas para el grupo. Por lo tanto las expectativas de logro y con ellas las evaluaciones son creadas para lo que el grupo debería adquirir, conceptualizar.

En muchos casos, el docente es “advertido”, por docentes anteriores o por la familia, u observa que algunos niños no acompañan esta propuesta global.

Una idea lógica surge: los niños no son iguales, resulta evidente que no van a alcanzar los mismos niveles, al menos no del mismo modo.

Pero aunque esto resulte claro pocas veces hay instancias para reflexionar al respecto de las individualidades y de cómo esas individualidades construyen el colectivo, de cómo se presentan las propuestas ante estos grupos con tanta diversidad.

En este ir y venir cotidiano algunos niños se amoldan, otros simplemente están en las aulas sin saber demasiado qué sucede con ellos y otros, que a nivel familiar toman la propuesta escolar como regla, no tienen mayores dificultades para incorporarse a ella. Pero resulta que hay niños que no logran adaptarse a las propuestas, normas, y por tanto a las expectativas escolares. Estos niños destacan en nuestras aulas, en algunos casos como problemática, en otros casos como diferencia, e incluso en algunos casos despiertan una aquejante preocupación.

El docente despliega frente a esto una serie de estrategias algo protocolares: entrevista a la familia para “conocer al niño en otros ámbitos”, encuentra el problema, lo describe y acto inmediato deriva a especialistas de la salud. Esto sucede con la elaboración de un informe descriptivo de las conductas del niño en la clase, que es enviado al pediatra, en algunos casos sugiriendo la observación de algún especialista en particular.

La inmersión de los especialistas en el contexto escolar

Además de lo propuesto acerca del envío de informes hay al menos tres maneras más en las que la escuela toma contacto con los especialistas de la salud; resulta importante reconocer lo distante de este vínculo como forma de repensar la intervención. En esta instancia descriptiva será mencionando esas formas de intercambio y cómo se interpretan en esta propuesta. Más adelante se teorizará esa interpretación.

En primer lugar existen equipos de especialistas que visitan las escuelas. Estos equipos tienen entrevistas con las familias, en algunos casos, y en otros directamente trabajan con el alumno que el docente recomienda. ¿Para qué? Al formularnos esta pregunta encontramos que el objetivo principal sigue siendo el diagnóstico del niño.

En el mejor de los casos los tiempos escolares, y las intenciones tanto de docentes como de especialistas de la salud, permiten un intercambio de ideas acerca de cómo integrar al niño a través de una propuesta personalizada que atienda tal o cual característica.

En el peor de los casos se observa y se toma lo que el docente recoge del niño y se realiza una derivación que continúa el ritmo de lo que el docente hubiera realizado solo: informe, pediatra y derivación.

En ambos casos se observa que se trata de un grupo ajeno al contexto escolar. En algunos casos resultan ajenos incluso a las características del entorno, formas vinculares y códigos comunicacionales. En todos los casos son ajenos a la propuesta curricular, a las intervenciones docentes, a los proyectos de centro y a la observación del niño en un contexto de vínculo autónomo con pares y con otros adultos. Con los procesos diarios que esos vínculos conllevan.

Se reconoce que el equipo se despliega con un sentido utilitario a la propuesta escolar, pero no forma parte de la misma.

En un segundo lugar, técnicos de la salud y de la educación se comunican a través del pasaje de información a través de la familia. Esto genera un ir y venir de expresiones, intenciones comunicativas, y valoraciones que quedan sujetas al juego del teléfono descompuesto. Y en el medio, queda la misma familia. En este intercambio resulta expuesta, se maneja y se comparte información sobre su conformación y su intimidad. Pero lo que más se destaca en este hecho es que la familia pareciera ser la portadora de una problemática.

En ese sentido, los técnicos debiéramos tomar conciencia acerca del lugar en que se pone a la familia en estos intercambios. Se observa una intención de la familia de desligarse de la situación, en muchos casos cuestionando la intervención de un técnico frente al otro.

¿Y el lugar del técnico? En muchos casos refuerza esta idea, en otros la ignora, en otros la aquietta pero no sucede, en general, que se explique, justifique o se piense junto a la familia una intervención que dé respuesta a la situación reconocida, descrita y derivada. La familia es depositaria de una situación problemática que le pesa y que, en tanto es reconocida en otros ámbitos, no puede resolver.

En tercer lugar, desprendiéndose un poco de las anteriores, se encuentra el lenguaje de los técnicos de la salud en la escuela.

Es notorio como se han introducido en el ámbito escolar un conjunto de términos y expresiones que describen las conductas de los alumnos a partir de un comportamiento. Escuchamos a menudo términos como “psicótico”, “autista”, “mutismo”, “hiperactivo”, para describir comportamientos de los niños.

Estos términos son empleados por técnicos de la educación y, cada vez con más frecuencia, por las familias.

Esto es producto del informal intercambio entre los técnicos, por la familia mediadora y también por la difusión masiva de información acerca de los “hallazgos” y especialidades médicas.

En torno al niño, entonces, circulan una serie de términos que operan determinando: este niño es “muy hiperactivo” determinan los padres, “este niño es psicótico” determina el docente. Y detrás de esto un sujeto que busca elaborar sus primeras herramientas en el mundo, que se construye frente a adultos referentes que le devuelven etiquetas sobre su conducta. Pero además, estos adultos, determinan hasta dónde son capaces de avanzar en la construcción de las ideas.

Esta popularización de las valoraciones es un hecho peligroso para la intervención de los técnicos, por un lado entendiéndose que cada expresión es específica de una especialidad; por lo que se contextualiza y toma sentido en una valoración determinada. Y por otro lado lo que trae aparejado: malas interpretaciones, significaciones atribuidas de acuerdo a lo que cada uno reconoce de la expresión. Expresado de modo exagerado (esperando que sea exagerado y no una realidad) sería: si se mueve mucho es porque es hiperactivo; si presenta crisis en las que rompe, tira, lastima y no se puede calmar es porque es psicótico; si no habla con nadie más que con el docente es porque tiene mutismo selectivo; y así surgen infinitos ejemplos.

Reconociéndolo diferente al resto, por no poder lograr las demandas o expectativas escolares, el niño comienza a ser observado por sus carencias. Se trata de un camino de ida ya que se identifica la conducta que resalta e inmediatamente se lo nombra a partir de un trastorno, conocido por todos, preocupante para todos, problemático en muchos de los casos, urgente de tratar por el especialista.

De estas maneras nos vinculamos los técnicos, poniendo al niño frente a un trastorno y destacando el “problema” en la familia quien se encarga de llevar y traer información para que los técnicos operen.

Ahora sería importante ver de qué manera evolucionan esas derivaciones, qué implicancias traen para todos los actores involucrados.

La derivación

Poniendo esta situación en el contexto escolar, y observándola en una generalización quizás simplista, reconocemos que el docente vislumbra al niño como carente por no poder lograr los objetivos propuestos frente a determinadas actividades. Lo observa, lo describe a partir de su comportamiento, de los logros

en lo que “debería saber” de acuerdo al grado, se reúne con la familia explicando lo observado, elabora un informe y sugiere la visión de un especialista.

Varios pensamientos surgen a partir de este hecho:

- El docente tiene en su aula una situación que no logra resolver, se trata entonces de un problema. A partir de la derivación ese problema también pasa a ser parte y responsabilidad de otros. ¿Hasta dónde esto representa un compartir responsabilidades? Se observa que en muchos casos la intervención docente termina aquí, en derivar.
- En muchos casos se reconoce como problemática en tanto no surgen respuestas para la situación. Es decir que se buscan estrategias en la planificación pero hasta cierto punto se puede avanzar. El docente deriva a modo de consulta. Busca un intercambio con el especialista, necesita respuestas que la pedagogía no da.
- Frente a estas dos situaciones de derivación, con intenciones claramente diferentes, surgen respuestas del técnico de la salud consultado:
- Desestimación de lo observado en la escuela. En muchos casos reconociendo que no hay elementos suficientes para determinar una patología o trastorno en el niño; en otros casos desencontrándose de la visión escolar ya que, evidentemente, no es lo mismo observar al niño en una situación de intercambio con otros y con las propuestas escolares que en un consultorio. En ambos casos la comunicación a la escuela de dicha desestimación suele ser a través de la familia. Considerando que la escuela realizó una consulta o quizás una observación desmedida, se espera una devolución técnica que llega de manera confusa e inapropiada.
- Reconocimiento de lo observado en la escuela, realización de estudios, encuentros del niño con otros especialistas. Aquí se observan diagnósticos que explican cómo se identifica el niño y en muchos casos y cada vez a más temprana edad, se observan indicaciones de medicación. De esta manera llega un informe a la escuela donde se describe el diagnóstico, la escuela toma una copia y difícilmente logra una respuesta pedagógica a su problemática a partir del mismo. Es decir llega un niño que porta una diferencia con el resto, reconocida por un especialista de la salud, descrita en un informe (poco comprensible o mal comprendido, no se sabe) y en algunos casos nos encontramos con niños “nuevos”. A partir de la medicación recibida el niño cambia radicalmente su comportamiento, sobre todo cuando se trata de observaciones sobre inquietud. Se observan varias conductas repetidas en estos casos: niños adormecidos, niños que siquiera se comunican con

sus pares, niños que no sostienen comprensivamente un diálogo, niños a los que se les continúa aplicando una situación de aprendizaje compartida por un grupo. En ciertas situaciones mediando las expectativas de logro por la “tolerancia” concedida a partir del reconocimiento de un déficit.

En este último caso, el “nuevo niño” se presenta en el grupo, el docente no tiene respuestas pedagógicas ni recomendaciones o asesoramiento sobre la especificidad, pero el niño más tranquilo parece amoldarse a los ritmos de la escuela. ¿Qué cambia entonces? ¿Sirvió la derivación para que el niño cumpla expectativas de aprendizajes?

Creemos que hasta este punto lo único que se logró es disimular o aquietar una situación que desbordaba a la escuela y a la familia.

Se desarrollará más adelante la posible intervención docente frente a esta situación de niños diagnosticados, niños medicados, niños en definitiva reconocidos socialmente como portadores de una patología.

La medicación

Se han observado algunas situaciones preocupantes frente al manejo de la medicación por parte de la familia que no pueden dejarse de lado, a los fines de este desarrollo. Sin la mínima intención de meternos en el campo médico ni en el familiar, simplemente encontrando algunas responsabilidades abandonadas o descuidadas.

Pensando en la responsabilidad que implica hacerse cargo de medicar a un niño y en lo que compete al docente frente a conocer situaciones que preocupan por lo perjudicial de los casos; es un deber dar a conocer ciertos hechos.

Se trataba anteriormente de la derivación escolar por reconocer factores que llaman la atención, obstaculizan o problematizan la tarea escolar.

También, sucede a menudo, que recurren a la escuela familias en pedido de ayuda explicando que “no pueden con los niños”, narrando situaciones de desborde y con la intención de hacer consultas con psicólogos y psiquiatras específicamente hablando de situaciones en que los niños tienen “desajustes conductuales”. Recordando las expresiones la familia explica y presenta a niño como “hiperactivo”, “oposicionista” y demás. Cierto es que frecuentemente algunas observaciones condicen con algunos comportamientos escolares, en estos casos el informe escolar se acompaña de la intención familiar de atención en salud del niño. Pero no necesariamente sucede siempre, vale aclararlo.

Se ha observado que niños con una única consulta al especialista (en un contexto determinado, con narraciones de familia y en algunos casos informe

escolar) no sólo reciben un diagnóstico, sino además resultan medicados. Sin especificar la valoración al respecto de esta actuación profesional, aunque quizás quede clara, sorprende lo determinante de la resolución. Y de inmediato se observan las graves consecuencias que traen para estos niños, quienes a corta edad ya dependen de una medicación para “funcionar” dentro de los parámetros familiares, escolares y se podría decir sociales.

Se ha observado también, en diferentes instancias de intercambio con la familia, que la misma maneja la medicación del niño de acuerdo a sus necesidades. Varias veces el docente se enfrenta a narraciones del tipo: “se la dejé de dar porque se dormía”, “me dijo media pero yo le doy una entera porque media no le hace nada”, “le doy antes de venir a la escuela así está tranquilo con los compañeros”. Y cuando se ahonda en la información incluso se puede llegar a encontrar que la medicación se consigue en forma clandestina, desconociendo hasta la vigencia de la misma.

Y nuevamente hay una falla comunicacional ¿Qué sabe la familia sobre “el trastorno” reconocido? ¿Qué alternativas se le da a la familia como tratamiento? ¿Será que medicar es la única forma de atender estas situaciones? ¿Qué sabe la familia acerca del impacto de estas medicaciones en el cuerpo de estos niños?

Quizás algunas familias tengan la posibilidad de cuestionar, de buscar otras alternativas, incluso con los especialistas. Pero es sabido que en mucho de los casos, sobre todo en contextos más vulnerables, estos manejos son habituales y se basan en un desconocimiento absoluto del procedimiento.

Vale reiterar que no se trata de enjuiciar la actuación sino de pensar la responsabilidad que implica no sólo asignar a un niño una medicación que condicione su comportamiento, sino además otorgar a la familia la responsabilidad de medicar. No cabe dudas que son situaciones puntuales, pero no por ello menos importantes al momento de reflexionar sobre el rol del adulto frente a la responsabilidad de cuidado y protección de la infancia.

La síntesis teórica

Pensar en qué sabemos del otro es una propuesta simple, siguiendo lo planteado por Bauman (2009), pensar en cómo sabemos lo que sabemos del otro es una acción “banal” que se deja de lado, pero allí radica la forma en que vivimos con otros, la construcción de la noción de “otro”. En esta convivencia se naturaliza lo que subyace a estas relaciones; se presupone que el otro es un igual a mí y sólo cuando surge la discrepancia (“antinatural” de acuerdo a este razonamiento) es cuando se comienza a pensar, es cuando se construirá un “conocimiento

consciente” del otro. El autor propone que “la construcción del mundo social comienza seriamente cuando las expectativas ingenuas se frustran y, por ende, dejan de ser ingenuas” (Bauman, 2009: 164).

De acuerdo a esto lo que observo, comparto y reconozco caracteriza a ese “otro” Bauman, tomando la propuesta de Shultz, plantea que hay una tipificación. Esta caracterización del otro se centra en los “tipos y no en las personas”. Ahora bien, del que no conocemos nada decimos que es un “extraño”. “La extrañeza significa nuestra sensación de estar perdidos, de no saber cómo actuar y qué esperar, con la consiguiente falta de disposición a comprometernos” (Bauman, 2009: 166). En este sentido la ansiedad que genera el posible error puede ser evitada con la ausencia de contacto, con la evasión.

¿Por qué es distinto el distinto? ¿Cómo surge el sujeto extraño, en este caso el niño que carga con un diagnóstico/etiqueta? Para pensar al diferente, es necesario señalar al “común” que lo rodea y que daría una supuesta pauta de la normalidad. En primer lugar entonces, ubiquémonos en la modernidad tardía o posmodernidad, expresión del capitalismo global del siglo XXI. No resulta necesario ahondar una vez más en sus características generales, ya profusamente definidas (Bruckner, 1996; Bauman, 2002), pero sí señalar que en la construcción de subjetividades los medios de comunicación y la lógica de consumo asumen un rol central en nuestras sociedades. Retomando una idea de Corea y Lewkowicz (2004), los medios, la “institución mediática,” tienen en primer lugar la capacidad de subjetivar. Esta subjetivación resulta tener un sentido particularmente contradictorio al que la escuela necesita tradicionalmente. Generan destrezas, habilidades, incluso formas de lenguaje que se alejan de todo lo que lo pedagógico, en general, requiere: esfuerzo, atención, disciplina, paciencia. Paralelamente a esa subjetividad pedagógica, los medios crean inmediatez, laxitud, estimulación constante y diversa. La escuela hace su trabajo dialogando en mayor o menor medida con esta subjetividad que se le contraponen, siempre buscando la forma para también instituir lo que necesita: la subjetividad pedagógica. En esta búsqueda la mayoría de los niños aprenden las reglas del juego y logran “suspender” medianamente las formas sociales predominantes, logrando en algún grado ser “sujetos pedagógicos”. Desde este nuevo contexto, los extraños o diferentes, parecen ser justamente quienes parecen *inmunes* a este esfuerzo escolar. Comienza a desmoronarse aquí el punto de partida ¿podemos definir entonces como excepciones a quienes adquieren “mejor” la subjetividad mediática, al punto de volverla innegociable? Son excepciones para una “normalidad” escolar, que no es precisamente la normalidad social.

Para comenzar a pensar en la manera de atenuar esta distancia entre la construcción de subjetividad mediática y subjetividad pedagógica se debe desarrollar un concepto pedagógico fundamental: la igualdad.

La igualdad fue enunciada desde el proyecto fundacional de la escuela pública desarrollado en el siglo XX. Desde aquel lugar la igualdad era entendida como homogeneización de los sujetos. Esa igualdad garantizaba el orden social, por lo que, cuando surgían las anomalías debían ser corregidas. La escuela era una de las instituciones encargadas de disciplinar y homogeneizar la diferencia. Su legitimidad y capacidad de coerción tenía toda la potencia que caracterizó a las instituciones de la modernidad. Esa potencia que otorgaba un lugar social de referencia y legitimidad a la escuela que acompañó los diferentes procesos históricos, sufre un cambio desintegrador durante las reformas educativas de los años 90 (expresión local del neoliberalismo). Allí la operación discursiva trocó el concepto de igualdad por el de equidad (Martinis, 2005), con especial énfasis en la pobreza como principal obstáculo para el aprendizaje.

La equidad asume, de alguna manera, que los niños son esencialmente desiguales de acuerdo a su origen social y define como “carentes” a los que provienen de contextos vulnerables. Frente a esto la opción pedagógica es “generar formas de igualación en los puntos de partida de los sujetos” para que cada uno se desarrolle luego de acuerdo a sus capacidades: “...el sujeto de la educación es construido desde el lugar de la carencia, uno de cuyos efectos es la “imposibilidad para aprender” y no desde sus posibilidades. De hecho ya no existe el sujeto de la educación, el educando, el alumno, porque el sujeto de la educación es siempre, constitutivamente, un sujeto de posibilidades” (Martinis, 2005: s/p).

Esto tuvo fuertes consecuencias en la capacidad de la escuela de construir subjetividad y desarrollar los aprendizajes socialmente valorados, y de los docentes como agentes que podían intervenir, dialogar y enseñar, ya que el problema fundamental del aprendizaje no estaba en sus dispositivos sino en factores extrínsecos (la pobreza, en este caso) que generaban esa “imposibilidad para aprender”.

Estas dos concepciones emparentadas con la igualdad, la homogeneización y la equidad, parecerían expresarse en forma combinada en los casos de niños “etiquetados”. Desde el concepto tradicional de igualdad se realiza la primera tipificación del niño que posteriormente conduce a su etiquetación: el niño no se adapta, es distinto, hay que homogeneizarlo, en relación a la “normalidad escolar”. Pero lo pedagógico no asume su responsabilidad en un problema que es educativo. La escuela no busca causas ni respuestas para vencer los obstáculos, sino

que pone el foco en la *carencia*, acepta que hay sujetos que no pueden aprender o dialogar con lo que la escuela propone, en este caso no por su origen social, sino por una posible patología. Entonces mira hacia afuera, hacia otros dispositivos (el médico fundamentalmente) para dar respuesta a lo que se propone como un objetivo: homogeneizar al niño.

Desde una posición crítica o dialógica de la educación, la *igualdad* es condición a priori de la educación (Martini, 2005). Podemos comprendernos, educarnos, sólo si somos iguales de algún modo, cuando tenemos algo en común. Desde esta propuesta filosófica lo común es la igualdad entre las inteligencias (Rancière, 2002), donde es inaceptable que existan sujetos incapaces de aprender. Podemos así poner el centro en la posibilidad de aprender, más allá de las diferencias en las formas que este proceso adquiera.

Ahora, también debemos concebir la igualdad como contenedora de la diferencia. Igualdad es opuesto a desigualdad, no a diferencia. Sólo si partimos de la base de ser iguales, es que podemos efectivizar el derecho a ser diferentes (Rebellato, 1997).

Partir desde esta concepción devuelve la centralidad a la cuestión pedagógica y la responsabilidad al educador y a la escuela. Reconociendo como punto de partida la igualdad, se vislumbra la capacidad de desarrollar la posibilidad de aprender.

Otro concepto, tomado de Freire, que podemos contraponer a la carencia y la imposibilidad de aprender, es el de *inacabamiento*. (Freire, 1997) Todos somos seres inacabados, los humanos tenemos la conciencia de serlo; por lo que asumimos una búsqueda permanente por completarnos. Esto nos permite reconocer que ese inacabamiento es una posibilidad y no un obstáculo. O sea, que lo que desde otras disciplinas puede entenderse como patológico, desde la pedagogía es una ventana para *ser más*.

¿Cómo se reflejan estos conceptos pedagógicos en la práctica cotidiana con niños “etiquetados”? ¿Qué lugar debe ocupar la derivación para poder tener una afección en la práctica pedagógica?

El problema parece estar más bien en cómo tomamos el diagnóstico: si como predestinación (carencia, imposibilidad de aprender) o como lugar de posibilidad. Y en el lugar que asume la derivación es decir la anulación de la creencia en las prácticas y la creación pedagógica. Si consideramos radicalmente que ese sujeto tiene la posibilidad de aprender, recae sobre los educadores la responsabilidad de buscar la manera de enseñar, de asumir junto a él la búsqueda por completarse, por superar su propio diagnóstico (entendido generalmente como destino negativo).

Nos permitimos decir, que es justamente éste el punto en el cual podemos hablar de una práctica emancipatoria: cuando el sujeto reniega de su lugar adjudicado, negándose a sí mismo en parte, para poder asumir lo que desde ese lugar le era negado. Cuando vemos que gracias a alguna de las estrategias adoptadas uno de estos niños aprende, estudia, se encuentra con otros; se está apropiando de algo que socialmente le era negado en su condición de “niño con déficit”.

No pretendemos excluir de ninguna forma la intervención médica y el diagnóstico serio, proponemos restituir la tarea educativa. Los educadores exigen diariamente una intervención de otros profesionales en la escuela, pero para que ello sea posible esa debe ser una intervención entre iguales y comunicativa. Que construya desde la diferencia, aceptando que la escuela necesita el diagnóstico como una herramienta explicativa que la ayude a desarrollar estrategias para posibilitar el aprendizaje de los niños. Cuando el docente escribe un informe para el especialista y recibe a cambio el nombre de una patología nadie le está explicando nada: se le está dando el título de un libro que no leyó. De esta manera, se transforma en la escuela en una etiqueta que marca en cada niño un obstáculo para aprender. La comunicación directa, fluida y respetuosa entre los profesionales que lo atienden y los que todos los días buscan una estrategia para poder enseñarle es el camino para resolver estos obstáculos. Lo ideal, yendo a propuestas concretas, sería que en cada escuela hubiese especialistas de referencia, que visiten el local, que vean a los niños en los contextos escolares.

Así como la escuela debe comprender que diagnosticar una patología es una especialidad que no le compete, quien interviene desde el diagnóstico debe proveer desde su disciplina los elementos que considere importantes a tener en cuenta para una tarea educativa y reconocer que ésta es la tarea específica de la escuela.

Bibliografía

- BAUMAN, Z. (2002). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- _____ (2009). *Ética posmoderna*. Madrid: Siglo XXI.
- BRUCKNER, P. (1996). *La tentación de la inocencia*. Barcelona: Anagrama.
- COREA, C. y LEWKOWICZ, I. (2004). *Pedagogía del aburrido*. Paidós: Buenos Aires.
- CULLEN, C. (1997). *Crítica de las razones de educar*. Buenos Aires: Paidós.

- FREIRE, P. (1997). *Pedagogía de la Autonomía*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- MARTINIS, P. (2005). “Escuela, pobreza e igualdad: una relación necesaria”, en: *Revista Andamios* Año 1, N° 1. Disponible en: https://www.academia.edu/1402654/Escuela_pobreza_e_igualdad_una_relacion_necesaria. Fecha de consulta, 22/05/2015.
- RANCIÈRE, J. (2002). *El maestro ignorante*. Barcelona: Laertes.
- REBELLATO, J. L. (1997). *Horizontes éticos de la práctica social del educador*. Montevideo: CFEI.

Capítulo 11
**Una infancia definida por el sufrimiento mental
y la medicalización de lo social.**
Estudio analítico-reflexivo de una situación singular

Daiana Taberna

Introducción

En el presente documento¹ se plasma el estudio analítico-reflexivo de una experiencia de vida singular –en el entendido sartreano-, a partir de la historia de vida de una niña de once años de edad. El objetivo general de este trabajo, es la identificación de exponentes del proceso de medicalización social y su repercusión en la vida de las personas. Para ello, se parte de la identificación de un suceso preciso, el sufrimiento mental que expresa Anna² y los consecuentes diagnósticos que le son asignados a partir de la intervención médico-psiquiátrica.

El interés por la temática surge a raíz de la experiencia desarrollada en la práctica pre- profesional durante los años 2011 y 2012, por medio del Proyecto Integral “Cuidados Humanos, Derechos e Inclusión Social” y a través del área Discapacidad del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Udelar. Durante el segundo año de la misma, se llevaron adelante abordajes vinculados al trabajo con familias, dentro del marco institucional de una escuela especial para “discapacidad intelectual”. Dicha experiencia, llevó a conocer a Anna, una niña de 11 años, con quien se tuvo un breve vínculo desde el año anterior en la escuela. En ese entonces, se mostraba jovial, activa, expectante a nuestra llegada y a cada acontecimiento en la escuela. Sin embargo, desde comienzos del año siguiente, Anna se manifestaba notoriamente distinta. Distante, aislada del grupo y el contexto (dormía casi todo el horario en un colchón que le acomodaban las maestras de la escuela). Esto motivó el acercamiento y la decisión del grupo de estudiantes y la docente a cargo de comenzar a trabajar con ella y su familia.

1 El mismo resulta de la síntesis de lo planteado en la Monografía de Grado de la autora.

2 Nombre ficticio para proteger la identidad de la niña.

En tanto la relevancia que la temática remite a la profesión del Trabajo Social, se considera pertinente abordarla como forma de realizar un aporte desde las Ciencias Sociales hacia el campo de la Salud Mental. Se destaca, que la preponderancia de diagnósticos psiquiátricos en la infancia genera el imperativo de atender a lo que en esta área está ocurriendo, al respecto de una problemática que se enmarca en un contexto mucho más amplio. De tal manera, el presente documento no solo se plantea una mirada crítica a las formas de intervención actuales sobre el sufrimiento mental en la infancia, sino que también pretende presentar líneas de comprensión que habiliten nuevas lecturas de la realidad abordada.

Aproximación al campo de posibilidades instrumentales de Anna y su familia

Desde el existencialismo se propone considerar al sujeto como una entidad posicionada en un contexto social que lo trasciende y lo condiciona. Es en tal sentido que: “el proyecto tiene que atravesar necesariamente el campo de posibilidades instrumentales. Los caracteres particulares de los instrumentos lo transforman más o menos profundamente; condicionan la objetivación” (Sartre, 2004: 101). Sin embargo, y a través de los movimientos dialécticos, este sujeto se vuelve a ese campo para condicionarlo y transformarlo, convirtiéndose al mismo tiempo en el protagonista y creador activo de su propia existencia. Considerar cómo se configura ese campo social, es relevante al momento de obtener aquellas líneas de análisis que permitan aproximarse a la comprensión de la situación singular de Anna.

Anna y su familia en el centro del acontecer histórico.

Actualmente, el núcleo de convivencia de Anna se encuentra compuesto por su madre, su hermano (12 años de edad) y sus tres hermanas (de 8, 10 y 14 años de edad). La madre de Anna, una mujer que se observa temperamental, resuelta, impulsiva, al frente de su casa y del cuidado de sus hijas e hijo, se constituye como la única adulta jefa de familia, dada la disolución del vínculo matrimonial, (aún en proceso) con el padre de los menores. Una preocupación incesante por Anna que “*la desestabiliza y angustia*”³ al tiempo que la lleva a movilizarse constantemente buscando disminuir y eliminar el sufrimiento de su hija; “*relegando incluso al resto de sus hijas y su hijo*”, quienes viven y sienten la ausencia de su madre, desesperándose por momentos, comprendiéndola por otros. El padre de Anna, es un hombre “*depresivo*” que hace años no convive con su familia dado que su

3 Las citas que aparecen de relatos de Anna y su familia fueron extraídas de entrevistas realizadas en el marco de la práctica pre-profesional, año 2012.

situación de depresión. Al decir de la madre de Anna, a pesar de estar divorciados el hombre no corta el vínculo familiar, ya que en reiteradas oportunidades acude a su ex esposa aludiendo que ésta aún tiene responsabilidad respecto a él, por ser el padre de sus hijas. Se destaca un vínculo poco frecuente con sus hijas e hijo a quienes no ve asiduamente, más allá de residir dentro del mismo barrio. Anna tiene una cuarta hermana (25 años de edad), hija del mismo matrimonio y quien hace varios años vive también en el barrio con su esposo e hijo. Una relación según la madre de Anna “*prácticamente inexistente*”, a consecuencia de constantes diferencias.

El sustento se compone solo de los ingresos que provienen de prestaciones estatales (pensiones y asignaciones por los menores). A ello se suma una cuota alimentaria acordada con el padre; fluctuante, mínima, dada una situación laboral inestable e informal. La madre de Anna, como jefa de familia y con un nivel educativo básico alcanzado, no genera actualmente un flujo de recursos que sea volcado a la familia.

Vínculo institucional de Anna y su familia en su vida cotidiana.

A comienzos del año 2012, Anna y dos de sus hermanas concurren a un mismo centro educativo, el cual se ubica dentro de la categoría de “*escuela especial para discapacidad intelectual*”. Al respecto, es preciso mencionar que muchos de los niños/as y adolescentes del barrio que asisten a dicho establecimiento no necesariamente poseen un diagnóstico definido de deficiencia intelectual, sino que en oportunidades llegan a la escuela por la proximidad territorial o bien a raíz de “*problemas conductuales*” que impiden continuar sus estudios en la modalidad de “Educación Común”. A fines de dicho año, la hermana menor de Anna fue derivada allí a la misma “Escuela Especial”, ya que desde la escuela común a donde esta niña concurría, se planteó el traslado debido a que a ésta le costaba concentrarse en la clase y a raíz de lo que estaba ocurriendo con su hermana se la notaba nerviosa y agresiva.

Desde la institución educativa a la que Anna asiste, la situación de sufrimiento mental por la que atraviesa la niña y su familia, lleva a movilizar recursos en pos de ofrecer apoyo y acompañamiento. Siendo así, de forma casi inmediata al último de los diagnósticos asignados a Anna en el cual se determina que posee “*esquizofrenia*”,⁴ desde la escuela se plantea la alternativa de internación de la niña en una clínica psiquiátrica, la cual se concreta a principios del año 2013, motivo por el cual Anna ya no concurre más a dicha institución educativa y tampoco convive con su familia.

⁴ Diagnóstico dado por la psiquiatra de la policlínica de la zona a la cual Anna asiste.

La familia como particularidad concreta inserta dentro de la universalidad que brinda la estructura social, plantea para cada uno de sus integrantes una ubicación específica dentro de la lógica familiar. Es dentro de dicha lógica, en el desarrollo constante de su vida cotidiana, donde confluyen deseos, intereses, aspiraciones y elecciones que responden a cada singularidad contenida en dicho grupo, las cuales buscan constantemente sus oportunidades de realización (Heller; 1970), procurando atravesar el campo de posibilidades instrumentales que condiciona (Sartre; 2004). Tal como plantea el autor, es preciso mencionar que la presencia de un campo de posibilidades instrumentales que condiciona al sujeto, resulta ser la condición *sine qua non* para que éste defina su propia existencia y al tiempo la de quienes lo rodean, al volverse a este campo social, para a través de su praxis individual condicionarlo, convirtiéndose al mismo tiempo en productora y producto de la Historia.

La infancia como núcleo de comprensión de las condiciones materiales de existencia actuales de Anna

Se propone así avanzar en la descripción de aspectos centrales de la historia singular de Anna, a la vez de aproximarse en la comprensión analítica reflexiva de su trayectoria. Sartre (2004), plantea que es en este período de la trayectoria de vida del individuo en donde se realiza el aprendizaje de su clase, reconociendo la particularidad concreta en la cual se encuentra inmerso. Es en la infancia, donde el sujeto se reconoce a sí mismo y por primera vez como parte constitutiva de un grupo, su familia, y es en ese temprano momento donde comienza a *interiorizar lo externo*, es decir, a hacer suyo aquello que percibe en su alrededor, sus condiciones materiales de existencia, las funciones que son propias de su clase y de un orden social que lo trasciende.

Asimismo, es en la infancia donde el ser singular comienza a configurar su identidad y su carácter. Comienza a definir sus preferencias y sus motivaciones, siempre en consonancia con su situación objetiva de partida y con una condición de clase que ya desde ese momento se esfuerza por superar.

Los primeros años de vida de Anna.

El nacimiento de Anna tuvo lugar en el año 2001. La niña llegó a un hogar constituido por su madre, su padre, su hermana mayor, que al momento del nacimiento de Anna tenía 11 años de edad, una hermana de 3 años de edad (quien mantiene el vínculo más fuerte con Anna) y un hermano varón de apenas 1 año de edad en ese momento. Los primeros dos años de vida de la niña transcurren

en un pueblo del departamento de San José. Su madre al cuidado de ella, de sus hermanas y hermano y de las labores domésticas y su padre, encargado de llevar el sustento al hogar. Fue hasta poco después del nacimiento de su cuarta hermana, quien nació con una enfermedad llamada “hiperplasia”, que la familia debió movilizarse del lugar donde residían, dado que la casa que habitaban no tenía las condiciones adecuadas para el cuidado de la más pequeña de las niñas, quien sufría frecuentes descompensaciones.

A los dos años de vida de Anna, la familia se traslada hacia el barrio Nuevo París Norte, en el departamento Montevideo, al cual llegan debido a que la familia del padre de Anna residía allí. De tal manera, la familia, en ese momento con la madre de Anna embarazada de su sexta y última hija, se moviliza en busca de un nuevo hogar, inscribiéndose primeramente en una cooperativa de vivienda, cuyas exigencias económicas la familia no puede cumplir. No sin complicaciones, la familia logra comprar, de manera informal, una vivienda en el barrio, coincidiendo ese momento con el nacimiento de la menor de las hermanas de Anna.

La nueva situación de la familia a la cual da lugar el divorcio de la pareja, plantea para la madre de Anna nuevas exigencias, entre ellas, la necesidad de trabajar como modo de generar un ingreso para el mantenimiento de su familia. La situación que tiene lugar a raíz del divorcio, genera en la madre de Anna la necesidad de buscar ayuda profesional para sobrellevarla, lo que da como resultado un tratamiento psicológico el cual en adelante ya no abandonará.

La inserción de Anna en el espacio escolar y el circuito de atención socio-sanitario.

En el año 2009, y a los 8 años de edad, Anna ingresa por medio de un diagnóstico de “discapacidad intelectual” a la institución educativa a la cual asistirá hasta el momento de su internación en la clínica psiquiátrica. También este año, y tras un diagnóstico similar, su hermana mayor es derivada de la escuela “común” a la que asiste a la misma “escuela especial”. Los dos primeros años en esta institución transcurren con Anna asistiendo a una de las Primarias con las que cuenta la escuela, participando de diferentes actividades recreativas y deportivas e insertándose en un nuevo espacio de socialización.

Transcurrido ese tiempo, se da su ingreso a un nuevo espacio determinado por el sistema de salud, debido a que la niña manifiesta, según su madre, *“falta de motivación para hacer las tareas cotidianas y fuertes cambios de humor”*. Así, desde el hospital Pereira Rossell, se deriva a la niña a una consulta con una Psiquiatra de la policlínica de la zona, quien guiará de aquí en adelante su tratamiento. Por

medio de dicha consulta se asigna a Anna un nuevo diagnóstico (que se suma al de “discapacidad intelectual”) en donde se la define como una niña que posee “*depresión y trastorno bipolar*”.

Así, a los diez años de edad, Anna comienza a consumir diariamente, y por indicación profesional, una serie de psicofármacos. A partir de este último diagnóstico la niña ya no asiste con la misma frecuencia al centro educativo y luego de un tiempo abandona el Club de Niños al que asistía. Las formas de relacionamiento que otros/as niños/as comienzan a tener con ella, dados sus constantes cambios de humor, su agresividad por momentos, su aislamiento por otros y los cambios en su cuerpo a consecuencia de los psicofármacos que la hacen aumentar de peso notoriamente, se caracterizan por actitudes de *exclusión y discriminación*, las cuales son percibidas con incomodidad por ella y sus hermanas, quienes piden a su madre no concurrir más a dicho espacio.

A menos de un año de este diagnóstico, Anna comienza a exteriorizar síntomas de un sufrimiento mental que parece ya no adecuarse al diagnóstico antes asignado y el cual le produce “*fuertes descompensaciones*”. Según su mamá Anna, comienza a tener, cada vez con mayor frecuencia, alucinaciones por medio de las cuales oye y ve a personas que en realidad no se encuentran en ese momento donde ella menciona. Ante esta situación una nueva consulta al Psiquiatra determina que la niña posee “*esquizofrenia*”.

Este último diagnóstico da como resultado un nuevo tratamiento por medio del cual se agregan otros psicofármacos. Estos llevan a que la niña pase la mayor parte del día durmiendo, lo que cambia por completo su cotidianeidad y también la de su familia. A partir de este momento, la situación de Anna comienza a ser cada vez más compleja. La niña deja prácticamente de asistir a la escuela y en un lapso de un año, Anna intenta quitarse la vida tres veces por distintos medios, lo que lleva a su madre, a plantearse la alternativa de la internación, la cual se da con el apoyo de la institución educativa. El conocimiento público de la situación de Anna (en la escuela, el barrio y el resto de su familia), en tanto el último de los diagnósticos, sus intentos de autoeliminación y su potencial internación en la clínica, la posicionan en una situación de extrema vulnerabilidad, reforzándose las actitudes de exclusión y discriminación. La madre abandona por completo su actividad laboral, permaneciendo en su casa al cuidado de la niña. De esta manera se da una nueva reconfiguración en la lógica de esta familia, una nueva adjudicación de roles y de responsabilidades.

A principios del año 2013, habiendo Anna cumplido 12 años de edad, se da su ingreso en una clínica psiquiátrica.

El presente de la infancia psiquiatrizada: algunos elementos para comprender la realidad de Anna

El Uruguay del 900 da cuenta de la creación de dispositivos cuyos objetivos estuvieron orientados a perpetuar un orden establecido como legítimo. Hoy, más de un siglo después, un nuevo dispositivo es posicionado como un nuevo “avance” de la ciencia: la medicación con psicofármacos. Así, se presenta un mecanismo más sutil y en apariencia más sofisticado que reemplaza en buena medida a la violencia explícita del castigo y el encierro, pero que se suma a una misma lógica en donde se desubjetiviza al sujeto. Esta temática ha cobrado una amplia preponderancia en nuestro país de un tiempo a esta parte, en tanto la utilización de la medicación con psicofármacos con fines educativos, orientada a la normalización, el disciplinamiento y el control de las conductas de niños/as en el ámbito escolar. Dicha situación visualizada en las escuelas, llevó a que la cifra de niños que consumen psicofármacos se haya disparado notoriamente en nuestro país en un corto período de tiempo, llegando esto a ser motivo de crítica para Uruguay a tanto a nivel nacional como internacional.

Sin embargo, y lo que se visualiza con claridad en la situación singular de Anna, puede verse como también determinados psicofármacos son utilizados con un fin que excede el fin de control y disciplinamiento de conductas dentro del ámbito educativo. En determinadas circunstancias, éstos son indicados como forma de dar respuesta y de alguna manera “solución” al sufrimiento mental de muchos/as niños y niñas, permitiéndoles “reducir” los síntomas de éste. Así, y al decir de Galende (2006), la medicación permite sobrellevar los malestares de la existencia, pero también lleva a que gran parte de las veces, los psicofármacos generen en los sujetos una desubjetivación, en tanto éstos solo calman los síntomas del sufrimiento mental, pero no permiten al sujeto el proceso de interrogarse sobre su malestar y encontrar de esta manera la forma de superarlo.

La racionalidad técnica que interviene sobre el sufrimiento mental de Anna, desconoce al momento de diagnosticar el impacto que en ella pueden haber tenido determinados sucesos de su trayectoria de vida. Bajo una mirada que sostiene el conocimiento objetivo del hombre (Amarante: 2006), se ponen nombres a las manifestaciones de los malestares de los sujetos, siendo esto lo que perpetúa un modelo con una gran legitimidad social. “Todo acontecimiento, toda experiencia, podrá ser percibida, nombrada, valorada y clasificada con el lenguaje propio de la disciplina” (Galende; 2008: 30). Sin embargo, y aunque nombrar no es sinónimo identificar cuál es el factor de producción del conflicto instalado en el sujeto, con eso pareciera bastar, en tanto una etiqueta puede más que mil explicaciones, dado lo que algunos diagnósticos representan simbólicamente para la sociedad.

Parece ser que esta infancia patologizada se encuentra posicionada ante una situación de desprotección, en tanto no existe una propuesta unificada en el tratamiento del sufrimiento mental en dicha etapa de la vida, donde la apropiación de la experiencia de vida, de hecho, es completamente distinta a la del mundo adulto. En este sentido, pareciera existir una puja entre dos formas de dar respuesta al sufrimiento mental en la infancia: por un lado, apelar bajo los tradicionales principios de la Psiquiatría a la desobjetivación, la solución rápida y superflua hoy por medio del psicofármaco, por otro lado, orientándose hacia el campo de la Salud Mental intentando desentrañar por medio de un proceso colectivo que no solo implique al sujeto padeciente. Pero, ¿realmente existen dos formas de intervención sobre el sufrimiento mental en la infancia? ¿Hay confluencia entre estas nuevas teorías y la práctica, o sigue la Psiquiatría posicionada en un lugar de hegemonía?

Anna: retorno a una biografía singular, salto y fuga en el marco de la universalidad

“Cuando sea grande, quiero ser artista” (Anna)

Considerando a Anna y su familia, puede verse como en el desarrollo de su vida cotidiana, la situación singular por la que la niña atraviesa genera un movimiento en donde el margen de relativa libertad de ella misma y de toda su familia se pone en juego, así como también la heterogeneidad y la jerarquía de las actividades de este grupo. El sufrimiento singular de la niña pasa a ser también un sufrimiento colectivo. La familia de Anna, vivencia día a día y con angustia las manifestaciones de su sufrimiento mental (real, innegable, instalado en Anna) lo que lleva a que su familia recurra a la intervención técnica en busca de respuestas y herramientas para ayudarla a superar su situación.

En un período menor de dos años, confluyen en Anna al menos tres diagnósticos definidos técnicamente por el saber médico psiquiátrico. Esta formalización de los síntomas redefine la relación de esta niña con su familia, y luego también con el resto de su entorno, en tanto a los síntomas ya conocidos y visibles cotidianamente se suma un rótulo que tiene una relación directa con una representación social al respecto, más aún si se piensa en una niña.

A partir de este momento puede situarse el comienzo de la intervención de la Psiquiatría en la vida de Anna y de su familia y la vigilancia epidemiológica de la situación. Sus consultas se dirigen a revisar o ajustar el tratamiento con

psicofármacos indicado, lo cual hace que se la vea “mejor” o “peor” luego de que la medicación se aumenta o disminuye. Se visualiza así el papel que en el sufrimiento mental de esta niña los psicofármacos son llamados a desempeñar, en tanto éstos, buscando disminuir los síntomas de un malestar subjetivo que desestabiliza a la niña y a toda su familia, llegan a naturalizar en ella el hecho de que su vida cotidiana se limite a dormir la mayor parte del día.

La acción del diagnóstico y su consecuente indicación del tratamiento con psicofármacos, hace prevalecer una “idea opuesta a una concepción del sujeto como constituido en una historia, en vínculos con otros y desplegándose en un entorno familiar y social” (Janin; 2012: 2). Se desestima el papel que puede jugar en la emergencia del sufrimiento mental de esta niña el debilitamiento de vínculos significativos con su padre, con su hermana mayor, con la familia de su padre, el escaso vínculo con la familia de su madre, la falta de redes de contención para esta familia. La complejidad a la que responde la particularidad de esta familia, no es de notar para a la hora de poner un nombre técnico a las manifestaciones del malestar de Anna. Se sostiene así una intervención técnica desde una racionalidad que pareciera abocarse a mitigar una dolencia instalada sin más, sin preguntarse sobre sus causas y sin permitir tampoco al sujeto potenciar aquellos aspectos que pueden ser saludables.

¿Por qué no considerar los diversos aspectos, porque no volver a pasar por ellos para desentrañar un conflicto manifiesto? ¿Por qué insistir en la necesidad de poner un nombre para ciertos síntomas, de apelar a una solución rápida sin atender a un sentir singular que da cuenta nada más ni nada menos de ese conflictivo “*ser en el mundo*”? Al decir de Galende:

Lo que está en juego es eliminar la idea positivista de causalidad, que ha confundido por dos siglos a la psiquiatría, para entender lo que he llamado una red compleja de determinaciones, que solo podemos conocer ateniéndonos a la experiencia del paciente y su valoración, el afecto y la emoción que nos vincula en la experiencia de comprender, remitido a la historia vivencial en la que solo el relato del paciente da cuenta de las razones que pueden llevarnos a una “verdad histórica” (2008: 47).

Se visualiza ampliamente en esta situación que los psicofármacos, son “*el tratamiento*” para hacer frente a su malestar, y no parte de un tratamiento integral. Los síntomas se diluyen, aunque sea momentáneamente, y lo que se gana en tiempo se pierde en calidad de procesos que pueden ser mucho más productivos y

que a largo plazo pueden evitar consecuencias mayores. Quizá si desde el primer momento la historia singular de Anna hubiese sido consultada y a partir de allí comenzando una intervención que tuviera en cuenta todos sus elementos constitutivos no se hubiese llegado al punto de que para “*estar bien*” y “*evitar las crisis*” la vida de Anna solo se limitase a dormir.

En relación a la importancia que remite la consideración del sujeto y su historia personal en el proceso de deconstrucción del conflicto, es importante rescatar también el papel de la familia y el involucramiento al que debe apelarse para ir desgajando ese conflicto hasta llegar a sus factores de producción.

Puntualizar al respecto del espacio escolar y su papel en la situación psico-emocional de Anna permite ver cómo es que en una institución donde prevalece una determinada lógica, la situación de sufrimiento mental llega a ser naturalizada. La situación actual de la educación especial en nuestro país, permite visualizar niños y niñas que en algunos casos asisten a esta modalidad solo por “*problemas conductuales*”. Esto da como resultado que la medicación con psicofármacos se transforme en un recurso con un fin áulico, con efectos colaterales que llevan a que muchos/as niños/as duerman en la escuela durante gran parte del tiempo que allí permanecen. Así, Anna, pasa a ser una más de los/as niños/as que duermen en la escuela luego de haber tomado la medicación indicada por el médico para controlar el comportamiento dentro del salón de clase. La diferencia aquí radica en que la medicación, en la vida cotidiana de esta niña, no tiene un fin educativo, sino que está siendo utilizada para disminuir el sufrimiento al que debe enfrentarse ante un conflicto interno que de diferentes formas se manifiesta.

La internación se constituye para esta familia como una forma de ofrecer a la niña otra alternativa para terminar definitivamente con su sufrimiento, así también como una forma de cortar con una situación que pareciera ser para esta familia un laberinto sin salida. No se cuestiona si ésta es realmente una alternativa adecuada o no ante la situación. En tal sentido, la clínica a la cual la niña ingresa mantiene tanto desde lo edilicio (un patio central con todas las habitaciones alrededor) como desde su funcionamiento (suministro de medicación ante la mínima descompensación, horarios y días de visita, horarios y días para recibir llamadas) características similares con tradicionales establecimientos de encierro como el manicomio. Al decir de Efron (2007) esta lógica responde a un paradigma en la consideración de los derechos de la infancia todavía “objetizante”, el cual se refuerza mediante el sostenimiento de dispositivos de encierro e institucionalización.

Para Sartre (2004), considerar la dimensión subjetiva de un individuo resulta fundamental al momento de visualizarlo como un sujeto dueño de su propia

existencia, como real protagonista de su propia vida. Pero, ¿puede Anna ser la protagonista activa de su vida? ¿Cuál es el lugar de su subjetividad ante un sufrimiento mental por completo desubjetivado? ¿Es Anna libre para elegir y decidir sobre su propio proyecto de vida? Sartre (1947) define la *libertad* como precedente a la esencia del sujeto, como algo indistinguible de la realidad humana. La situación psicoemocional por la que Anna atraviesa, permite poner en cuestión cual es la responsabilidad que efectivamente tiene la niña en todo lo que hace, partiendo de la base de un sufrimiento mental que modifica por completo su singularidad y que la “extraña” casi por completo de su vida cotidiana. Tal es el impacto que genera en la subjetividad de Anna su situación de sufrimiento mental, tal la angustia y la desesperación por eliminarlo o disminuirlo, que esto la lleva a plantearse como alternativa terminar con su propia vida, no una sino tres veces.

Al mismo tiempo puede verse como las acciones y decisiones que se toman por ella, desde su familia, desde el saber médico, desde el espacio escolar, restringen sus posibilidades de *libertad*, en tanto ya no es ella quien decide sobre su propia vida, pero sí es ella quien termina respondiendo en consonancia con la forma en la que exteriormente es vista por los demás. En este sentido, Anna resulta un ser atrapado en una materialidad que se esfuerza por negar dialécticamente, por evadir, que lucha con los condicionamientos que le son impuestos por una situación de sufrimiento mental real y no elegida por ella. Al respecto es necesario cuestionar, en qué medida los diagnósticos asignados desde el saber técnico a Anna no constituyen para esta niña un pronóstico, no están siendo determinantes en la construcción de su proyecto de vida y no están limitando desde ya su *campo de los posibles* definido por Sartre “como el fin hacia el cual el agente supera su situación objetiva” (2004: 86).

Ampliar el campo de los posibles de Anna implica necesariamente ayudarla a desentrañar su conflicto interno, mediante un proceso en donde ella juegue un papel activo en la comprensión de sus causas. Este proceso debe suponer también superar las múltiples denominaciones que le han sido asignadas: “*enferma psiquiátrica*”, “*depresiva*”, “*bipolar*”, “*esquizofrénica*”. Términos que derivan de un saber médico, dominante, instituido y desubjetivante que se esfuerza por clasificar y por otorgar etiquetas que terminan por ocultar la singularidad de los sujetos, sin mostrar interés ni hacer un esfuerzo por utilizar todos “sus avances” y su legitimidad para brindar nuevas respuestas a los sujetos, a sus familias y a la sociedad en general.

Reflexiones finales. Todo depende del cristal por el que se mire

“Te tocó nacer en un rincón del fin del mundo, En el medio de un banquete de serpientes y chacales. Te tocó crecer en este tiempo, en este inmenso montón de soledades. Niño hijo de niños recién grandes, que el mundo envejece a los golpes. Niño candilcito en la tormenta, puerta clandestina en la muralla. Niño del fin del mundo te traigo los abrazos que precisas, mis últimas y pobres barricadas, todo un mundo por cambiar y el corazón en esta retirada”

Agarrate Catalina

Desde análisis reflexivo realizado, se visualiza cómo a partir de la situación de sufrimiento mental de una niña de 11 años de edad, Anna, se llega a desarrollar una intervención desde una racionalidad psiquiátrica que la desubjetiviza por completo y que solo busca disminuir los síntomas de un sufrimiento instalado sin ahondar en cuáles son los factores que lo producen. Bajo esta lógica, la Psiquiatría sostiene que lo que Anna manifiesta son síntomas de una enfermedad producto de aspectos biológicos, emocionales e individuales en los que muy someramente se identifican cuestiones colectivas.

Por ello se pretendió brindar una aproximación a las condiciones materiales de existencia de Anna y su familia y a aquellos sucesos relevantes en su infancia, para luego dar una lectura que habilitara a comprender el sufrimiento de Anna como producto de una multiplicidad de determinaciones que exceden lo biológico y lo individual. La situación económica de su familia, el debilitamiento de ciertos vínculos significativos, la conflictividad manifiesta de su barrio de residencia, el primer diagnóstico y su consecuente derivación a la escuela especial, todos sucesos que desde diferentes lugares fueron movilizando a Anna para dar cabida a un sufrimiento único.

Invitando a los/as lectores/as a continuar reflexionando sobre la importancia de considerar miradas alternativas para actuar sobre una población que constituirá la sociedad del mañana y teniendo siempre presente la implicancia colectiva que la temática representa se sostiene que: “Debemos a la infancia los gestos que alguna vez les robamos. No se trata solo de evitar interrumpir a los niños o de asistir, quietos, a las ceremonias de un fuego que es juego. Si hubiera que decirlo en una única frase: estar con niños es hacer durar la infancia todo el tiempo que fuera posible. Provocar una detención. (...) Hacer durar la infancia. Como quien hace durar ese amor que cierra su boca y enciende sus ojos” (Skliar; 2012: 24).

Bibliografía

- AMARANTE, P. (2006). *Locos por la vida*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- EFRON, R. (2007). “El campo del derecho de la infancia y el campo de la salud mental”. Ponencia presentada en el Congreso Internacional de Derechos y Garantías. Buenos Aires, abril de 2007.
- GALENDE, E. y KRAUT, A. (2006). *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- GALENDE, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- HELLER, A. (1970). *Historia y Vida Cotidiana*. Madrid: Grijalbo.
- JANIN, B. (2012). “Los niños y la medicalización de la infancia”. Exposición realizada en mesa redonda organizada por la revista Topía: Una batalla cultural en el campo de la salud Mental. La psiquiatrización de la subjetividad. Enero de 2012.
- SARTRE, J. P. (1947). *El existencialismo es un humanismo*. Buenos Aires: Editorial Sur.
- _____ (2004). *Crítica de la razón dialéctica*. Buenos Aires: Losada.
- SKLIAR, C. (2012). *No tienen prisa las palabras*. Barcelona: Candaya.
- STOLKINER, A. (2012). “Infancia y medicalización en la era de ‘la salud perfecta’”. *Propuesta Educativa* N° 37, Año 21, Vol. 1, pp. 28-38.

Capítulo 12

Psicomotricidad. Palabra maleta

Débora Gribov Novogrebelsky

Introducción

“-La cuestión -insistió Alicia- es si se puede hacer que las palabras signifiquen tantas cosas diferentes.

-La cuestión -zanjó Humpty-Dumpty- es saber quién es el que manda..., eso es todo.

Alicia se quedó demasiado desconcertada con todo esto para decir nada; de forma que tras un minuto Humpty-Dumpty empezó a hablar de nuevo: -Algunas palabras tienen su genio... particularmente los verbos..., son los más creídos..., con los adjetivos se puede hacer lo que se quiera, pero no con los verbos..., sin embargo, ¡yo me las arreglo para tenérselas tiesas a todos ellos!”

Lewis Carroll, *A través del espejo*

Para Alicia, el universo de las palabras se torna infinito, el poder de una enunciación en tanto verdad absoluta, se transforma en una poderosa herramienta de sometimiento y todo queda resumido, por quien detenta el poder.

Por ahí se transitará, con el pretexto de emancipar verdades y tornarlas como dudas, frente al enorme desafío de pensar, reflexionar, complejizar sobre los procesos de medicalización en la infancia en relación a los diagnósticos.

Desde hace un tiempo se ubica el análisis habitando un sitio diferente, alejado del “corset” de la disciplina y cerca de la diversidad de una práctica. En particular, convoca hoy el sufrimiento en la infancia, en un intento de entenderlo, comprenderlo y significarlo, en una sociedad que está caracterizada por lo que algunos consideran, transitando por una etapa que se puede denominar de capitalismo salvaje y donde los procesos de mercantilización, están exacerbados.

En un escenario contradictorio que engañosamente se presenta con posibilidades de libre elección y construcción de subjetividad en un escenario de independencia, se está en una trampa escalofriante, donde el sistema se ha camuflado, disfrazado para ahondar sus profundas y poderosas armas de alienación.

Este hacer o esta práctica se encuentra en un “Carrefour” del camino que le implica una ruptura con los paradigmas que la han consolidado. Berges, la define como: “No es la reconstrucción cognitivista que querría abordar el olvido con el conocimiento. Sino al contrario, suscitar la infiltración, la animación del cuerpo “abandonado” y sus funciones “olvidadas” o inactivas, en un discurso que requiere dar significación a lo que pasa por el cuerpo en la acción” (2001: 30).

En este artículo, Berges plantea que si se piensa como disciplina, su importancia cardinal, está ubicada en una perspectiva de futuro, situándola en un espacio privilegiado en el “porvenir”, pero sin olvidar, su devenir histórico insoslayable. Esta categorización resulta interesante y desafiante, en tanto ubica su despliegue discursivo y de acción, en una zona “intersticial”, se ubica, en un “entre”. En las zonas “nebulosas”, de lo que algunos llaman disciplina, se podría situar esta práctica.

Relativamente nueva en el universo académico y que, como paradoja digna de mención, refiere, al estudio de una estructura: humana, exclusiva, única y singular, inherente a la propia existencia, denominada: estructura psicomotriz.

Retomando una etapa inicial, en términos históricos, surge la posibilidad de lo psicomotriz como “recurso” desde lo médico, para intentar explicar, desde una posición positivista, lo que no puede ser entendido por su imposibilidad, de ser ubicado o encontrado, en lo tangible del organismo.

Se cree pertinente recordar el recorrido de penetración de lo médico, en el entramado social, en tanto instrumento creador de “verdades”, ligadas íntimamente, a la relación de los sujetos con la institución Estado.

Totalmente consecuente con un proceso que al decir de Foucault (1974) se instala desde el siglo XVIII, en un período, donde la “intervención” de la medicina en el acontecer humano se hace evidente e incuestionable, se inaugura una etapa donde los niveles biológicos y médicos se transforman en dispositivos privilegiados para la comprensión y el dominio de la vida. Se inicia una larga etapa que continúa y que se adapta en la actualidad con características propias, nominada y caracterizada por el dominio de la bio-medicina.

La Psicomotricidad, en su devenir disciplinar en el campo de la salud, anuncia y/o denuncia la posibilidad, de que no todo es demostrable empíricamente. Sin

embargo, las lógicas del poder hegemónico insisten y la semiología de la nueva disciplina se despliega desde el paralelismo: mente-cuerpo que subyace a todo lo que pretende construirse como conocimiento legitimado.

Wallon (1965), pensador ineludible de esta novel disciplina, contribuye fundamentando una nueva categoría de análisis; “invisibilizado” por la peligrosidad de sus postulados, instala la duda y la incuestionable relación de lo social en el proceso de consolidación de lo corporal, es decir, de la subjetividad. En este sentido, se debe corregir la dimensión de lo corporal en una categoría que integra lo orgánico pero ya no como categoría principal y pretendidamente única.

Se plantea la posibilidad y se enuncia la existencia de una estructura que da cuenta de un íntimo entramado que explica la posibilidad de ser, desde lo no “evidente” a los ojos, pero sí pasible de ser mirado, entendido desde una perspectiva compleja e integradora. En esta paradójica situación, se instala la contradicción de un pensamiento positivista imperante aún en la disciplina. Estas consideraciones son pertinentes, en cuanto condicionan el modo de entender y sobre todo categorizar, el sufrimiento en la infancia y el “hacer Clínica”. Hay un esfuerzo (con objetivos logrados en parte) en instalar una praxis reduccionista donde para tal función existe tal ejercitación.

Se recuerda a Foucault cuando dice “...el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad- utilidad es a lo que se puede llamar disciplinas” (2008: 159). En este escenario, los test se pueden transformar en instrumentos muy apropiados para la medición y comprensión descarnada de la realidad.

Recordar estos procesos, atravesados por marcos referenciales dominantes, es pertinente para pensar y lograr entender, los diagnósticos y sus condiciones en la infancia en la actualidad. Se plantea el ejercicio de una práctica, como un ejercicio de legalización de la singularidad, en confrontación con la normatización disciplinar.

Organismo – Cuerpo – Corporeidad

¿Cómo pasar, transitar del organismo al cuerpo? ¿Cuándo adquiere o se adquiere el status de corporeidad?

Lo psicomotriz en su devenir, se aleja del cuerpo real y lo incorpora como estructura insoslayable en el campo de lo simbólico y de lo imaginario. Adviene cuerpo, en tanto la subjetivación del organismo se corporiza en las experiencias singulares e instituyentes con otros. Es decir, el proceso de corporización es un acontecimiento histórico imprescindible, sinónimo de subjetivación.

En este estado de situación, ¿cómo se ubica el proceso de constructo corporal en el desarrollo humano y los padecimientos pasibles de obstaculizar su devenir? El concepto de constructo corporal resulta como una posibilidad de poder dar cuenta de una continua reformulación de la corporeidad, re-significando, en un permanente transformando-se, pasible de ser vulnerado en el transcurso de toda la vida.

La imposición de lo médico en su origen intenta ubicar en forma de coacción la explicación de las “fallas” y ubica una etapa reeducativa que intenta “arreglar” en forma mecánica los “desperfectos” de su funcionamiento. Es entonces que las funciones se aíslan como instrumentos que a modo de un engranaje, son intercambiados en una lógica reduccionista.

En este debate en torno a la corporeidad, se presenta como imprescindible en tanto integración somato-psíquica, incluir la influencia del entramado social. Y, entonces, la infancia concebida en la actualidad también, como un grupo sujeto a los vaivenes del mercado, se vuelve un excelente producto del consumidor y consumido, a su vez, en la trampa de la oferta y la demanda.

Esta realidad interpela a todos los involucrados, está constatada en las múltiples clínicas, instituciones de salud y educación, ubicadas en una especie de Shopping, donde se ofrece al consumidor todo tipo de tratamiento. Desautorizando el sentido y el saber común, todo se trata desde los “disciplinamientos” de los saberes académicamente aceptados, legalizados, prontos a ser consumidos.

Es desde estos aportes que se complejiza el modo de entender la corporeidad y también sus vicisitudes. Concebir la corporeidad como un entramado, parafraseando a Mcdougall, en *“Los teatros del cuerpo”*, el “drama” se despliega. Dice Porcekanzky:

(...) este cúmulo de formas de conocimiento son inseparables del sentido, el valor y el universo de experiencias que constituyen el cuerpo, o mejor, al ser humano, tanto como el hecho de que este no se agota en su perspectiva anatómica, fisiológica, energética, neurológica, psíquica, emocional, carnal, estética, en su figura, en su adorno, en su puesta en escena social, en su sexualidad, en su composición genética, en sus dolores y enfermedades, en sus comportamientos privados y públicos, en sus movimientos. Es en la acción de todas estas facetas, cada una a su vez moldeada por formas de conocimiento más o menos científicas y cada una con una interpretación individual pero también social y simbólica, y donde se desenvuelve la vida (2008: 37).

No alcanza, para entender el por qué de las fallas, pensarlo como un engranaje mal aceitado, en todo caso, y desde una perspectiva metafórica, el engranaje debe ser aceitado y condicionado desde Otro/otros en forma permanente y continua: “El significado de la praxis corporal no siempre es reductible a operaciones cognitivas y semánticas: los movimientos corporales a menudo tienen sentido sin ser intencionales desde el punto de vista lingüístico, al comunicar, codificar, simbolizar o significar pensamientos o cosas que yacen por fuera o con anterioridad al habla” (Citro, 2011: 64).

Berges enriquece esta perspectiva con el concepto de cuerpo receptáculo y se pregunta, ¿receptáculo de qué? De las miradas, de las caricias, de los discursos de otros significativos y significantes. Plantea que el cuerpo es, ante todo y principalmente, receptáculo, antes, que cuerpo expresivo.

Lo histórico se vuelve una perspectiva imprescindible en permanente integración con las dimensiones témporo-espaciales que lo configuran. Se podría pensar que la corporeidad se presenta con forma rizomorfa. En tanto constructo en permanente interrelación y transformación. Deleuze-Guattari aportan planteando que: “No es un múltiple que deriva de lo Uno, o al que lo Uno se añadiría. No está hecho de unidades, sino de dimensiones, o más bien de direcciones cambiantes. No tiene ni principio, ni fin, siempre tiene un medio por el que crece y desborda” (2002: 25).

Es en este sentido que la práctica y la corporeidad se entrelazan en los intersticios de la estructura. Se plantea la territorialidad del cuerpo, en tanto mapa, que como dicen Deleuze-Guattari, “es abierto, conectable en todas sus dimensiones, desmontable, alterable, susceptible de recibir constantemente modificaciones. Puede ser roto, alterado, adaptarse a distintos montajes...” (2002: 18). Pensar en términos de mapas corporales como los “calcos” que sostienen lo existencial ontológico y que, en la superposición sobre el mapa, se inauguran los procesos de subjetivación.

Matoso define los Mapas del cuerpo o Mapas corporales como “organizadores del cuerpo: de lo psíquico, de la relación con los otros, y evidencian modalidades de comunicación con los demás” (2001: 21). El cuerpo, entonces, no es construido desde el dogma, sino que resulta y resuena desde lo inmanente, en tanto lugar, espacio-temporal, un territorio a ser explorado y habitado.

Desde estos marcos referenciales que contribuyen al despliegue de los discursos de la psicomotricidad en torno al cuerpo, es que se presentan dos herramientas que expresan en sí mismas, las contradicciones mencionadas.

Se retoma, entonces, pensar la instancia diagnóstica como escenario donde también se despliega la posibilidad de enfrentarse a las acciones que el sistema realiza, con intención de permanecer.

Los diagnósticos en la infancia son un campo en disputa donde las diferentes posiciones se despliegan. Surge la “vieja” cuestión de la creación de los test, como herramientas de poder y sometimiento, de larga y “nebulosa” historia. Es decir, si se piensa desde una posición pragmática, los test se convierten, fundamentalmente y desde un universo positivista, en herramientas que pretenden describir y clasificar determinados funcionamientos, en la creencia que su desarrollo depende casi exclusivamente de condiciones intrínsecas al ser humano y pasibles de ser ordenadas con criterios universales. Son instrumentos excepcionales para elaborar taxonomías que ordenan, clasifican, regulan y controlan.

Los test se transforman en armas ideales de “normatización”, en un escenario donde se debaten concepciones claramente diferentes del ser sujeto. En el campo disciplinar que se presenta y que forma parte de un escenario de clara dominación biomédica, poder elaborar categorías diagnósticas, se vuelve una necesidad cierta de contralor.

El test de Dibujo de Figura Humana (DFH, Bender-Koppitz), ampliamente difundido y utilizado tanto en el ambiente clínico como educativo, concibe en términos de maduración, la posibilidad a partir de una producción gráfica, de explicar o dar cuenta del desempeño del involucrado. La prueba se confronta, desde esta concepción madurativa, no formulada explícitamente pero esencialmente a-histórica a la concepción constructivista que incluye y amplía la perspectiva desde una concepción en clave de desarrollo.

Y este sería, en principio, una primera posición para adoptar, los diagnósticos en la infancia, en términos de procesos en desarrollo.

Algo que, tal vez, resuena como del orden de lo incuestionable pero que debe ser reiterado explícitamente, pues entra en confrontación con las miradas reduccionistas que, solo por no ser nombradas, no significa que no existan en la realidad actual.

Si bien la prueba aclara que contempla un desempeño en un momento dado, como un retrato, implícitamente acuerda en una generalización de los ítems, con valor universal y homogéneo.

En esta prueba se refleja lo que desde el análisis de Foucault (1974), se describe como el control que pasa del individuo a toda la sociedad. Al decir del autor, son indicadores que vienen desde el siglo XVIII en un proceso de “masificación” a lo que llama *“una bio-política de la especie humana”*. Se podría incluir esta

herramienta en lo que el mismo autor (1974) llama también “*la tecnología del poder*”, en tanto las mediciones se pueden convertir, en instrumentos descarnados para describir y controlar la realidad.

Esta prueba, usada actualmente y de importante difusión, si bien aporta elementos interesantes y no menos importantes hacia la comprensión de los procesos madurativos, en relación a la integración del esquema corporal, dimensión que es constituyente en niveles conscientes e inconscientes del constructo corporal, se transforma frecuentemente en una herramienta peligrosamente concluyente. Es por eso que no se puede pensar que este largo proceso de “homogeneización, normalización, clasificación y centralización del saber médico” (Foucault, 2008: 169) haya sido superado, más allá de ser, denunciado.

El temor de la incertidumbre...

Si la “medicalización” puede considerarse como un ordenamiento de creencias, hábitos y prácticas sociales en función de los avances de la investigación científica, ella conlleva, usando la feliz terminología de Barrán, un disciplinamiento inscripto en procesos más amplios de enculturación que se expande a otras áreas de lo social como afán “civilizatorio” (Porzecansky, 2008: 268).

En esta instancia, se presenta la posibilidad de: Dibujarse a sí mismo. Es una oportunidad, donde se sitúa al sujeto en un lugar sustantivo, donde es posible, en tanto se habilita un espacio-tiempo para pensarse; es también, un momento donde se dejan ver los diferentes discursos sobre: uno mismo, sobre los otros y de los otros sobre uno. La posibilidad de ser “receptáculo” de la mirada de un otro, lo que Berges dice como condición imprescindible en el desarrollo del ser sujeto y que en la dialéctica de los discursos significativos y significantes habilitan al proceso de constructo corporal.

Se permite ver la relación entre los procesos de subjetivación, en aquello que se da en llamar, corporeidad. Esta estrategia habla de la imagen del sujeto y sus ancestros, que dejan huellas, que habitan el organismo y lo trascienden al status de cuerpo. Esta posibilidad pone en evidencia la perspectiva del otro a partir de la nominación de yo/tu. ¿No es, entonces, una posibilidad de visualizar el efecto del discurso de otros/Otro en la constitución de subjetividad?

Resulta imposible colocar esta producción, o mejor dicho esta acción simbolizada y representada en un dibujo, en el campo de lo universal. No habla de la especie, muestra lo singular de la condición humana, y es posible, en tanto se sucede en un encuentro que tiene como característica más sustantiva, la posibilidad de ser una experiencia única e irrepetible: “Constatamos así que,

paradójicamente, cuando el ojo es colocado en la distancia y perspectiva que le otorga mayor objetividad sobre sí mismo, no ve nada, o lo que es peor, ve solamente su propia retina. El ojo tiene que engañarse para poder mirar. El rayo de luz precisa atravesar la córnea, pero también, y más decisivamente, atravesar el significante” (Jerusalinsky, 1991: 29).

Lo que se plantea es que esta “representación” resulta cautivante, movilizadora y colmada de “multiplicidades”. “No hay unidades de medida, sino únicamente multiplicidades o variedades de medida” (Deleuze-Guattari; 2002: 14). En este encuentro se viabiliza y se intuye la temporalidad, no como una secuencia sino como una multiplicidad que se sucede en varias direcciones en un espacio-mapa, donde se pueden ver luces del “calco” de la especie. Así: “...la mente humana capta la experiencia del tiempo, pero no posee una representación de ella, necesariamente el tiempo es representado mediante imágenes espaciales” (Agamben, 2001: 132).

El mapa no reproduce un inconsciente cerrado sobre sí mismo, lo construye... El mapa es abierto, conectable en todas sus dimensiones, desmontable, alterable, susceptible de recibir constantemente modificaciones. Puede ser roto, alterado, adaptarse a distintos montajes, iniciado por un individuo, un grupo, una formación social (Deleuze-Guattari, 2002: 19).

Dibujarse a sí mismo interpela al sujeto a señalar, por lo menos, una territorialidad a habitar. Territorio del deseo, pero sobre todo, del deseo de otros sobre uno.

En esta perspectiva de aproximarse a los procesos de corporización, se ubica un entramado donde lo pre-fijado, lo pre-visto es del orden de la inviabilidad. En alguna medida es permitirse, como se plantea en la Introducción de *Mil Mesetas*, la posibilidad de reconocerse en los otros: “No llegar al punto de ya no decir yo, sino a ese punto en el que ya no tiene ninguna importancia decirlo o no decirlo. Ya no somos nosotros mismos. Cada uno reconocerá los suyos. Nos han ayudado, aspirado, multiplicado” (Deleuze- Guattari, 2002: 9).

El constructo corporal resulta del encuentro de diferentes estructuras y/o influencias: orgánicas, afectivas, sociales, político-ideológicas que se viabilizan en el campo de lo real, de lo simbólico y de lo imaginario, implica un continuo proceso de transformación o de reformulación que puede ser re-significado a lo largo de toda la vida.

A modo de síntesis

¿Síntesis de una práctica? ¿Existe esa posibilidad? Práctica como un hacer creador y contextualizado que trasciende lo disciplinar pero no la especificidad. Problematicar lo interdisciplinario en tanto se mantiene la lógica disciplinar. Pensar desde un status transdisciplinar que intenta mantener las especificidades de una práctica pero que, en el escenario de la complejidad, entiende que se debe reflexionar desde la integración compleja de lo humano y la posibilidad que en su análisis se despliegue la diversidad. Diría Morin (2007) “*actitud transdisciplinaria*”, es decir, transitar por la complejidad de lo humano entre las disciplinas, atravesándolas e intentando ir más allá de sus propios límites.

En este punto se abren dos caminos susceptibles de análisis: la posibilidad de curar, status dominante y dominador, y el objeto de estudio: la corporeidad como un constructo en permanente transformación y de difícil aprehensión. La legalidad de una acción que pretende ser certera en la incertidumbre, en el universo médico se vuelve, una osadía de difícil resolución. La disciplina de la cura trastabilla frente al avance de los procesos de sanación.

Tal vez, no sin cierta soberbia, lo psicomotriz, sería una de las últimas disciplinas de lo humano, en un proceso de negación u oposición actual y que resultó funcional al discurso hegemónico en su momento inicial. Se constata transitar por una etapa de crisis disciplinar evidente.

Sin finalizar, se retoma y se recuerda: “Interrogado en este nivel arqueológico, el campo de la episteme moderna no se ordena según el ideal de una matematización perfecta y no desarrolla a partir de la pureza formal una larga serie de conocimientos descendientes más y más cargados de empiricidad. Es necesario representarse más bien el dominio de la episteme moderna como un espacio voluminoso y abierto...” (Foucault, 1966: 335).

Bibliografía

- AGAMBEN, G. (2001). *Infancia e historia*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo S.A.
- ALVAREZ PEDROSIÁN, E. (2011). *Etnografías de la subjetividad. Herramientas para la investigación*. Montevideo: Ediciones LICCOM-UdelaR.
- BERGES, J. (1996). *El cuerpo y la mirada del otro*. Buenos Aires: Crónicas Clínicas N°4 A.A.P.
- _____ (2001). “La terapia Psicomotriz, una disciplina del porvenir en Psicomotricidad”. *Revista de estudios y experiencias*. Madrid: Ed. CITAP.

- CITRO, S. (2009). *Cuerpos significantes Travesías de una etnografía dialéctica*. Buenos Aires: Biblos.
- _____ (2010). *Cuerpos Plurales: antropología de y desde los cuerpos*. Buenos Aires: Biblos.
- DELEUZE, G. y GUATTARI, F. (1993). *¿Qué es la filosofía?* Barcelona: Anagrama.
- _____ (2002). *Mil Mesetas: capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: Pre-textos.
- FOUCAULT, M. (1974). *Historia de la medicalización*. 2º Conferencia Medicina Social, Río de Janeiro, Brasil.
- _____ (1997). *Las palabras y las cosas. Una antropología de las ciencias humanas*. México: Siglo XXI.
- _____ (2000). *Defender la Sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- _____ (2008). *Historia de la sexualidad*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- JERUSALINSKY, A. (1991). *La formación de la imagen corporal, Psicoanálisis y Psicomotricidad en Psicomotricidad y Educación Especial*. Buenos Aires: Elite.
- KOPPITZ, E. (2006). *El dibujo de la figura humana en los niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- LENIN, V.I. (1983). *En-torno a la dialéctica*. Moscú: Progreso.
- MATOSO, E. et al. (2011). *Mapas del Cuerpo (Mapa fantasmático corporal)*. Buenos Aires: Letra Viva.
- MCDUGALL, J. (1995). *Teatros del cuerpo*. Barcelona: Julián Yebenes.
- MORIN, E. (2007). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- PORZECANSKI, T. (comp). (2008). *El cuerpo y sus espejos*. Montevideo: Planeta S.A.
- REBOLLO, M. A. (1973). *Semiología del sistema nervioso en el niño*. Montevideo: Delta.
- WALLON, H. (1965). *Estudios sobre psicología genética de la personalidad*. Buenos Aires: Lautaro.
- ZAZZO, R y otros. (1981). *Introducción a Wallon (Wallon y la Psicomotricidad)*. Barcelona: Editorial Médica y Técnica S.A.

Reflexiones Finales

María Noel Míguez

En estas reflexiones finales, se intenta dar cuenta de un proceso de pensamiento colectivo que dio cuerpo a las singularidades de quienes aquí plasmaron sus líneas. Resulta, así, la conjunción de los distintos trabajos planteados a lo largo del libro.

Tal como se daba alguna pista en la Introducción, y como se habrá podido reconocer en el andar por estas páginas, hay puntos de encuentro y desencuentro entre los diversos autores. De ahí la riqueza de la heterogeneidad de miradas, del acercamiento a una complejidad que da cuenta de un fenómeno social sobre el que urge seguir pensando. De esta manera, se apela a que no se cristalicen formas de ser y estar que pongan en absoluta tensión el ser y el deber ser en “un sufrimiento que resquebraja ese centro gravitacional que es la subjetividad” (Scribano, 2007: 128), tal como se planteó en el artículo de Míguez y Sánchez.

Se plantean a continuación algunos de los rodeos analíticos que fueron deviniendo a lo largo del libro, que hacen a puntos de encuentro de la mayoría de los autores.

Una gran puerta se abre en este Siglo XXI, entre lo virtual y lo real. El espacio para lo concreto y materializable se tiende a tornar tan lejano por momentos que lo virtual entra a formar parte de prácticas cotidianas, fundamentalmente para aquellos que se han apropiado de ambos espacios en un correlato desde muy temprana edad. Así, el mundo del “Control Z”, da cabida a sensaciones y percepciones donde el cometer errores o pretender cambiar acciones hechas mezclan la función virtual en el accionar real. Sujetos diversos, rehenes por momentos de estas apropiaciones virtuales en su concreción en lo real, pretenden borrar con una simple función de teclado lo que en acciones se hizo. Y en esta misma sintonía, llegan las soluciones del ya, inmediatas, donde lo reparable es lo fenoménico, lo aparente, dejando lo esencial para algunos pocos que podrán procesar tales cuestiones en espacios de mayor lentitud y, por ende, de posibilidades de pensarse y objetivarse en sus acciones individuales y colectivas. En su artículo, Muniz nos habla de “un rápido alivio efervescente para no detenerse a pensar”, cuando se requieren de soluciones “ya” a temas que llevan procesos lentos.

Es en parte en esa lógica de la solución “ya” a un problema que en la mayoría de las veces no es tal, que se confunden diagnósticos, etiquetas, enfermedades, expresiones, sensaciones, etc., que van llevando a la medicalización de la vida cotidiana de una franja poblacional que estaba bastante exenta hasta fines del siglo pasado de tales cuestiones. La lógica del exceso en estas sociedades de consumo genera un campo fértil para la creación de necesidades que requieran de nuevos objetos que satisfagan, tal como lo plantea Cristóforo en su artículo.

Claro está que esta solución acelerada ante cuestiones que de hecho no tienen por qué ser problemas, entra a confundir hasta a los más letrados con relación a lo que se hace, se dice, se espera, se impone. De aquí que cuatro de las instituciones medulares que hacen a los procesos de sociabilidad de los sujetos queden en jaque ante esta temática, a saber: la familia, la salud, la educación y el derecho.

Con relación a la familia, ya casi no existe publicación que no hable de las diversas formas de ser y estar en familia, de cómo esto interpela los roles de los diversos actores implicados en la lógica de “lo familiar”. Qué se espera de la madre, del padre, de quien hace de tal, del hijo, de la hija, de la abuela, del abuelo... La tensión vuelve a barajarse entre el ser y deber ser, donde roles impuestos y esperados muchas veces contradicen formas de ser y actuar de los distintos integrantes del espacio familiar. Tensión ésta que bifurca sensaciones y percepciones de mandatos instituidos como verdades absolutas. Verdades mediadas por una ideología de la normalidad que da cuenta de principios rectores que se van interiorizando y exteriorizando en lo individual y colectivo de cada sujeto en sociedad. En este contexto, y tal como plantea Cristóforo, la representación de la infancia depende del tiempo histórico, generando una forma de ser y estar en sociedades que apelan a la hegemonía como el bien máspreciado. Toda conducta que atente contra ésta tenderá a patologizarse o censurarse.

A su vez, asoma la salud como otra de las instituciones medulares, en tanto parece confundirse cada vez más lo que serían políticas de prevención con estados de salud, o mejor dicho, de enfermedad para este caso. Una institución que media las prácticas cotidianas a través de saberes interiorizados en procesos de sociabilidad permeados por la ideología de la normalidad pre-dicha, donde los ritmos y apropiaciones singulares se pierden en la homogeneidad de conductas esperadas, de aprendizajes esperados, de etapas a cumplir esperadas, en fin, de hijos e hijas esperados/as que en su gran mayoría distan de ese imaginario de “ideal”.

La educación, dispositivo siempre atento al disciplinamiento, parece conjugar un sistema educativo del Siglo XIX, con planes y programas del Siglo XX y niños,

niñas y adolescentes del Siglo XXI. La educación como dispositivo y vista como institución disciplinar, la mayoría de las veces genera un mojón y distanciamiento importante con aquellos quienes en el día a día dan y ponen su *cuerpo subjetivo* en espacios cotidianos áulicos con una infancia y adolescencia que por momentos pareciera un desconocido con relación a lo estudiado en los libros. De ahí que parte del argumento del artículo de Hernández y Oliver dé cuenta de una mirada pedagógica de recuperar la escuela en la capacidad de transformar la realidad.

El reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho en la normativa nacional e internacional, ha ido ampliando los espacios de protección, cuestionando normas y prácticas institucionales, y encontrando su contracara en los hechos al no reconocerse a estos niños, niñas y adolescentes muchas veces ni siquiera como sujetos en su más pura ontología, ya ni plantear en su condición de sujeto de derecho. De ahí la recurrencia al derecho para hacer visibles y denunciabiles prácticas que en la lógica societal pueden quedar naturalizadas, tal como interpela Palummo en su artículo.

El “*no existís*” que pone ausencia de cuerpo, que habla de una *des-existencia*, como refiere Muniz, de un esfuerzo singular por permanecer, por seguir estando. Se conjuga así lo que Scribano (2007) llama el *dolor social*, el cual circula casi irremediamente por el *cuerpo social*, el *cuerpo individuo* y el *cuerpo subjetivo*, según los planteamientos de Míguez y Sánchez. Esa *primera y segunda piel* de la cual hace referencia Cristóforo, retomando a Bick (1968), para traer referencias en torno a la inquietud como patología y su nominación de hiperactividad, donde el movimiento corporal queda como expresión del exceso.

Las etiquetas infantiles se vuelven diagnósticos en esta confluencia de saberes unidireccionales que dan respuestas inmediatas a dolores largos, arraigados y complejos, de los cuales se puede salir transitando por el sentido de la objetivación, del darse cuenta, de la superación de una situación dada en un “fuga y salto hacia adelante” (Sartre, 2000). Estas etiquetas infantiles mezcladas con diagnósticos cada vez a edades más tempranas, van cambiando de forma (en cuanto a su denominación) pero no así de contenido (en cuanto a lo que se hace con el síntoma). La ideología de la normalidad, anclando con fuerza sus dispositivos, habilita a demarcar lo normal de lo patológico, lo sano de lo enfermo, lo bueno de lo malo, lo útil de lo fútil, en nomenclaturas que rinden culto a formas de nombrar, más de catálogo de manual que de realidades singulares.

Tal como plantea Bafico en su artículo, los diagnósticos por hiperactividad, desatención, impulsividad resultan cotidianos en la infancia. Pareciera que hubiera un diagnóstico generalizado que halla su correlato en un único tipo de

medicación. Por eso refiere a una línea biologicista en el proceso de medicar, con el consecuente riesgo de cronificación de tal acción. Se procede así en el marco de dos características de la cultura contemporánea: la incidencia del consumo y el imperativo por la velocidad.

En esta confluencia, las estrategias clínicas con herramientas específicas para alcanzar un diagnóstico que dé cuenta de la multiplicidad de factores que están atravesando la vida cotidiana singular del niño, niña o adolescente que es derivado a la consulta, quedan por lo general reducidas al acto de medicar. Se saltan etapas de un proceso que urge ser respetado para no dar respuesta con la misma fragilidad con que se concibe lo problemático, lo enfermo, lo insalubre de cuerpos en movimiento. Tal como plantea Muniz, el diagnóstico como etiqueta pasa a ser una vulgarización en lenguaje común de los manuales, dejando el sujeto concreto de ser Juan, María, Pedro, etc. para pasar a ser *“el TDAH”*, *“el TEA”*, *“el TGD”*. Las palabras de Cwaigenbaum se orientan, también, en este sentido. Para la autora, los criterios clínicos de los diagnósticos en la infancia deben hallar su contextualización socio-económica y familiar. Por ello, el entramado psíquico y los “desajustes” de estos niños, niñas y adolescentes no depende sólo de funciones bioquímicas, sino también de condiciones familiares y sociales. A su vez, Gribov plantea que los diagnósticos en la infancia son un campo en disputa, se ubican desde un universo positivista para construir taxonomías que clasifican según criterios peligrosamente excluyentes. Parecen percibir la corporeidad en forma mecánica como algo que requiere ser reparado en sus desperfectos. Recomienda se instale una práctica diagnóstica abordada como un ejercicio de legalización de la singularidad, en confrontación con la normalización disciplinar.

La utilización de fármacos como dispositivos de control y disciplinamiento, según Palummo, remite a una violación de los derechos humanos en torno a la coerción farmacológica. Se cuestiona sobre una epidemia en términos de consumo. Y, ¿de hecho no lo es? Que en 6 años (2002-2008) Uruguay haya pasado de 900 gramos al año de utilización de metilfenidato a 17000 gramos da cuenta de un incremento de tal magnitud que hace hasta revisar nuestra propia lectura de los números que leemos en datos. El reconocimiento de algunas prácticas institucionales como violatorias de derechos, limita la discrecionalidad de los operadores y las instituciones, e implica obligaciones de los Estados que deben ser cumplidas a través de políticas públicas. No en vano, nuestro país recibió la recomendación de Naciones Unidas que el Estado adopte medidas eficaces para hacer frente a este aumento desmedido de metilfenidato en la infancia. De aquí que resulte interesante retomar las palabras de Cwaigenbaum, al desafiar interpelarse sobre el acto de medicar.

Aparecen diversas estrategias en la intervención en lo social que dan cuenta de prácticas transformadoras de una praxis singular y colectiva en pro de desafiar instituidos. De ahí el reto de generar espacios de objetivación, donde la escucha atenta, especial y especializada dé lugar a la expresión de deseos, angustias, necesidades, alegrías, etc. de esta infancia y adolescencia en jaque. Así queda plasmado en los artículos de Nieves, Taberna, Sánchez y Velázquez, Camiruaga y Mosca en su deconstruir en torno a situaciones concretas y estrategias de intervención disciplinar e interdisciplinar.

En este sentido, Nieves arguye en su artículo en torno a la equinoterapia como actividad que da cuenta de espacios de encuentro con los sujetos más allá de ser identificados como cuerpos en movimiento. La importancia de reconocerse con otro, en este caso el animal, genera y amplía espacios para la transformación y potenciación de sujetos oprimidos por contextos y espacios familiares complejos.

Taberna presenta una historia de vida mediada por la intervención sobre exigida de las diversas instituciones medulares para el proceso de sociabilidad, donde la familia tiende a verse sobrepasada por las singularidades de sus miembros y lo contextual de su situación, con una salud y educación intentando buscar espacios de superación del dolor y el derecho como marca y mirada de la condición de sujeto de esta niña. Todo ello parece quedar relegado a un sufrimiento singular y familiar que se va ahogando en prácticas de intervención de diversas disciplinas que por momentos genera la sensación de complejizar más aún esta situación.

Sánchez y Velázquez hacen referencia en su artículo a la estrategia homogeneizante, disciplinante y expulsiva que se halla debajo de muchas distinciones entre lo normal y lo patológico. Apelan a la denuncia y reflexión de tal estrategia, a su proceso de exclusión de lo social de aquellos quienes, ideología de la normalidad mediante, osen ser cuerpos en movimientos que trascienden el deber ser.

Camiruaga y Mosca traen a la discusión la intervención y análisis a partir de una situación concreta, donde lo fenoménico dista enormemente de la esencia, donde urge dar rodeos en el plano del ser y en el plano del pensar para superar intervenciones que menoscaban la singularidad en jaque. Tal como plantean ambas autoras, la problemática puede quedar reducida a lo externo, dejando a un lado aspectos fundamentales como la subjetividad de quien lo vive, el contexto familiar y socio-cultural de la niña, lo transgeneracional, etc. Y en esa deconstrucción analítica vuelve a surgir lo institucional y las características epocales como uno de los puntos a tomar en consideración.

Tal como diría Cristóforo, tenemos que pensar nuestra infancia de una manera distinta. Debemos interpelarnos constantemente para no reproducir prácticas hegemónicas de la razón moderna.

Habiendo trabajado arduamente durante año y medio, y debiendo dar cierre a esta publicación que hoy se presenta, sólo resta volver a repetir para evitar resquemores subjetivos y colectivos, que lejos se está de generar “bandos” en torno a una temática sumamente compleja que sigue materializándose en la infancia uruguaya, como lo es la medicación con psicofármacos para aplacar conductas del ser. Las ideas están para plasmarlas, decirlas, contradecirlas, deconstruidas, pero si no se presentan nada de esto puede suceder.

Como Coordinadora de este equipo de investigación, quedo absolutamente agradecida por el trabajo a conciencia, arduo, inteligente, sistemático y dialéctico de este colectivo que presenta por esta vía sus reflexiones para el debate y desnaturalización. Asimismo, agradezco el Prólogo que nos regaló Gisela Untoiglich, desde su vasta experiencia e involucramiento en la temática, y a este Equipo de Investigación por dar cuerpo material a ideas que andaban circulando en nuestras cabezas. Porque “todo está oscuro todavía, y sin embargo está a plena luz” (Sartre, 2000: 77) es que vale la pena seguir apostando al debate para el encuentro reflexivo.

Datos de los autores

Jorge Bafico: Psicoanalista. Egresado en 1993. Doctorando en Psicología en la USAL (Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina). Docente en el Instituto Clínico de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UdelaR). Participa como columnista en el programa Abrepalabra, de Océano FM. Conferencista en las TEDx. Autor de diversas publicaciones.
Mail: jbafico@gmail.com.

Analia Camiruaga: Psiquiatra Pediátrico. Ex Asistente GII de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica de UDELAR. Docente del Diploma “Clínica de la Perinatalidad y trastornos de los vínculos tempranos”, convenio Universidad de Aix-en-Provence, Universidad Luterana de Porto Alegre y UDELAR. Psicoterapeuta habilitante de AUDEPP. Integrante del Área de Niños de AUDEPP. Mail: analiacami@yahoo.com.ar.

Adriana Cristóforo: Psicóloga. Egresada en 1980. Doctoranda en Psicología en la USAL (Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina). Profesora Titular G° 5, en régimen de Dedicación Total, del Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología, UDELAR. Co-Directora de la Especialización en Evaluación Psicológica. Autora de diversas publicaciones.
Mail: acristof@psico.edu.uy.

Doris Cwaigenbaum: Médico Psiquiatra de niños y adolescentes. Psicoterapeuta habilitante de AUDEPP (Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica. Ex Presidenta de AUDEPP. Diplomatura en servicios de salud orientación: Psicoterapia Psicoanalítica de la Escuela de Graduados, Facultad de Medicina. Coordinadora del Área de Psiquiátrica y Psicología de Sociedad Médica Universal. Referente de Salud Mental de Sociedad Médica Universal para el Programa Nacional de Salud Mental del SNIS. Docente del Módulo de Psicofarmacología del Posgrado de Psicología Infantil de la Universidad Católica del Uruguay.

Débora Gribov: Lic. en Psicomotricidad (UdelaR) con Especialización en Dificultades de Aprendizaje (Instituto Terciario CEDIAP) Cursando Maestría en Psicología Social (UdelaR). Socia fundadora y Presidenta actual de la Asociación Uruguaya de Psicomotricidad. Docente Titular Área Clínica Lic. en Psicomotricidad. Prof. en Programa APEX-Cerro (UdelaR). Sub-programa Servicio Atención Integral a la Familia (SAIF). Mail: debora.gribov@gmail.com.

Mauro Hernández: Maestro con grupo a cargo del CEIP.
Mail: maurhernandez@gmail.com.

María Noel Míguez: Licenciada en Trabajo Social desde 1997. Posdoctora en Prácticas y Representaciones Políticas (París 7, Francia), Doctora en Ciencias Sociales (UBA, Argentina), Magister en Servicio Social (UFRJ, Brasil). Docente/ Investigadora del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR. Coordinadora del Grupo de Estudios sobre Discapacidad (GEDIS). Coordinadora de la Lic. en Trabajo Social, Montevideo y Regional Norte, FCS/ UdelaR. Autora de diversas publicaciones.
Mail: marianoel.miguez@cienciassociales.edu.uy.

Ana Mosca: Maestra de Educación Común. Especialización en Niños con Dificultades de Aprendizaje originadas en Desarrollo Psíquico. Licenciada en Psicología. Psicoterapeuta Habilitante y Supervisor AUDEPP (Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica). Coordinadora del Área de Niños. Diploma en Derechos Humanos. Especialización en Educación, Universidad Católica del Uruguay. Mail: anamosca@yahoo.com.

Alicia Muniz: Psicóloga. Doctoranda en Psicología en la USAL (Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina). Profesora Titular de la Facultad de Psicología, UDELAR. Coordinadora del Programa de Problemáticas Clínicas de la Infancia y Adolescencia del Instituto de Psicología Clínica. Directora de la Especialización en Evaluación Psicológica de la Facultad de Psicología, UDELAR. Psicoterapeuta especializada en vínculos y en psicoterapia en servicios de salud. Autora de diversas publicaciones. Mail: aliciam@psico.edu.uy.

Martín Nieves: Licenciado en Psicomotricidad. Coordinador de la “Asociación Nacional de Rehabilitación Ecuestre – Dr. Carlos Barboza Pereira” (ANRE). Miembro del Grupo Gestor de la Asociación Latinoamericana de Equinoterapia. Mail: manieves66@gmail.com.

Lorena Oliver: Maestra con grupo a cargo del CEIP.

Mail: lorenaoliver.g@gmail.com.

Javier Palummo: Abogado, ejerce su profesión desde 2001. Magister en Derechos de la Infancia y Políticas Públicas de la Universidad de la República (UdelaR). Coordinador desde 2005 del Observatorio del Sistema Judicial de la Fundación Justicia y Derecho. Investigador y docente en temas de Derechos Humanos, Derechos de la Infancia y Adolescencia, Sistema Penal y Seguridad Ciudadana, tanto en el ámbito nacional como en el exterior. Consultor especialista para diferentes organismos internacionales. Autor de varias publicaciones.

Mail: palummo@gmail.com.

Lucía Sánchez: Licenciada en Trabajo Social, egresada de la Facultad de Ciencias Sociales (UdelaR) en el año 2011. Actualmente ejerce su práctica profesional en el área comunitaria, trabajando con familias en situación de vulnerabilidad social. Con experiencia en trabajo a nivel grupal e individual con adolescentes, personas en situación de discapacidad y población en situación de calle.

Mail: luciasanchez.s@hotmail.com.

Daiana Taberna: Licenciada en Trabajo Social, egresada de la Facultad de Ciencias Sociales (UdelaR) en el año 2014. Actualmente ejerce su práctica profesional en instituciones donde se insertan niños y adultos en situación de discapacidad y de vulnerabilidad socio-económica (en el interior del país) y en el Instituto del Niño y el Adolescente (INAU). Mail: daimaki11@hotmail.com.

María José Velázquez: Licenciada en Psicología. Ejerce su práctica tanto en al área clínica como comunitaria. Cursando Maestría en Psicología Clínica de Niños y Adolescentes, UCUDAL. Post-Grado en Psicología Clínica de Niños y Adolescentes, UCUDAL. Mail: majo_1106@hotmail.com.

La temática de la patologización de la infancia en Uruguay como parte de un proceso de medicalización de largo aliento en la sociedad, hace a una de las aristas que interpelan el saber y pensar de varios actores. ¿Qué hace que una sociedad hunda sus raíces en actos de medicar con psicofármacos una infancia que será su futuro mundo adulto? ¿Cómo esta infancia va incorporando las etiquetas en sus procesos identitarios? ¿Cómo generar posibles alternativas que permitan deconstruir esta realidad, que más parece una pesadilla?

El Equipo de Trabajo que llevó adelante la presente investigación, de la mano en la Coordinación de la Dra. María Noel Míguez, da espacio a la reflexión desde diversas miradas interdisciplinarias, tanto en aspectos teóricos abstractos como en situaciones concretas de trabajo con esta infancia.

Se invita a la reflexión crítica y colectiva de una temática absolutamente naturalizada. La infancia en el Uruguay no puede seguir estando en la mirilla de prácticas que los marquen con dolor en sus sensibilidades e identidades.