

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Desmitificando una realidad: preponderancia
de diagnósticos psiquiátricos en la infancia

Cynthia Izquierdo Cabrera
Tutora: María Noel Míguez

2015



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

(Eduardo Galeano. Patas para arriba. La escuela del mundo al revés. Los alumnos, 1998)

Agradecimientos

A mis padres por el amor incondicional.

A mi hermana Gaby.

A Matilde, mi sobrina.

A Seba, mi compañero de ruta.

A Leandro, mi amigo del alma, que supo enseñarme que cada obstáculo podía ser superado.

A mis tíos Walter y Marisa, y prima "Luli", por el apoyo constante en esta etapa, por abrirme las puertas de su casa, por hacerme sentir una hija más.

A mis abuelas/os.

A las amigas que Facultad me dejó.

Introducción.....	5
Capítulo1 “El proceso de medicalización y la Educación Especial, particularizado en nuestro país”.....	10
I.1 El proceso de medicalización del Uruguay del 900.....	10
I.2 El devenir de las Escuelas Especiales en Uruguay.....	14
Capítulo 2: “La infancia psiquiatrizada de nuestros días”.....	16
II.1 ¿A qué se hace referencia con el término infancia?.....	16
II.2 Psicofármacos y diagnósticos en la niñez del Siglo XXI.....	18
Capítulo 3: “Singularidades opacadas detrás de discursos acerca de un deber ser establecido”	25
III.1 Conociendo el discurso docente.....	26
III.2 ¿Y qué implicancia tiene en la familia cuándo se establece un diagnóstico con una patología psiquiátrica desde el saber médico?.....	30
III.3 ¿Y Qué opinan los niños/as? ¿Qué sensaciones les generan estos procesos?.....	34
Reflexiones Finales.....	40
Bibliografía.....	42
Fuentes Documentales.....	46

Introducción

La presente Monografía de Grado tiene como objetivo cumplir con lo exigido curricularmente para el egreso de la Licenciatura en Trabajo Social perteneciente a la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad la República, Plan 2009.

El tema seleccionado para la misma versa sobre los *procesos de sociabilidad de niños y niñas que concurren a Escuela Especial y que han sido diagnosticados con patologías psiquiátricas a muy temprana edad.*

El interés personal por estudiar el tema anteriormente mencionado surge básicamente a partir del proceso de práctica pre-profesional de la estudiante, en el marco del Proyecto Integral “Derechos, Cuidado humano e Inclusión social”, específicamente en el Área de Discapacidad en Escuelas Especiales, donde se fueron observando continuamente situaciones que motivaron el estudio de este tema e impulsaron el intento, por parte de la estudiante de plasmar una de las tantas aristas que comprendieron este proceso, tanto en lo personal como en el campo profesional.

Estas situaciones anteriormente planteadas se hacían visibles a través de los diferentes discursos de los actores involucrados en la organización escolar representantes de las distintas instituciones que actúan como mediadoras en este espacio educación, salud, fundamentalmente.

Se considera que la temática a abordar ha tomado en los últimos años mayor relevancia, destacándose la preponderancia de diagnósticos psiquiátricos en la infancia, dando lugar a una compleja realidad que lleva a querer conocer, aún más, sobre dicha problemática.

Así mismo, la presente temática adquiere relevancia desde la profesión del Trabajo Social, no sólo desde el plano de lo teórico, sino también para generar insumos para la intervención, intentando superar aquello que se presenta como aparente.

Es así que para la delimitación del objeto de investigación, se toma como enfoque la matriz histórica-crítica planteada por KarelKósik(1967), quien expresa la realización de sucesivos rodeos teórico-metodológicos para intentar trascender aquello que se presenta como aparente en la realidad y poder lograr un acercamiento a la esencia del fenómeno. El autor plantea que para conocer la realidad es necesario dar *rodeos*, para trascender lo inmediato y poder aproximarnos a la esencia, teniendo presente que nunca se llega a la misma porque es inalcanzable.

“Puesto que las cosas no se presentan al hombre directamente como son y el hombre no posee la facultad de penetrar de un modo directo e inmediato en la esencia de ellas, la humanidad tiene que dar un rodeo para poder conocer las cosas y la estructura de ellas.”
(Kosik; 1967:39)

A su vez, se consideran pertinentes los aportes de KarelKosik(1967), ya que los mismos son imprescindibles para lograr ver más allá de todos aquellos discursos propios de los diferentes actores que entran en juego, y poder analizar qué hay por detrás de estos diagnósticos, realizados principalmente desde el saber médico, dirigidos a niños/as desde muy temprana edad. En este sentido se dirá que:

“El mundo de la pseudoconcreción es un claroscuro de verdad y engaño. Su elemento propio es el doble sentido. El fenómeno muestra la esencia y al mismo tiempo la oculta (...) la esencia no se da inmediatamente, es mediatizada por el fenómeno y se muestra, por tanto, en algo distinto de lo que es.” (Kósik; 1967:27)

En la presente Monografía se llevan adelante una serie de entrevistas, las que permitirán dar los primeros rodeos para trascender todo aquello que se presenta como real y verdadero. Dichas entrevistas surgen de la necesidad de conocer la opinión que tienen sobre esta temática diferentes actores involucrados en la misma, ya sean los/as propios niños/as, sus familias, las/os maestras/os de la escuela. Por lo tanto, la metodología utilizada constará de entrevistas en profundidad llevadas a cabo en una Escuela Especial de Montevideo que conforma el Proyecto de Extensión Universitaria¹ “Fortalecimiento del Área Social en Escuelas Especiales”, Convenio realizado entre ANEP y la Facultad de Ciencias Sociales.

Para la selección del muestreo se tomaron como referencia 6 niños/as (Primaria 1, 2 y 3), a las maestras de las respectivas Primarias, a la directora de la escuela y a 6 familiares de los/las alumnos/as que fueron elegidos.

Se considera necesario destacar, antes de comenzar con la explicitación de la lógica expositiva, que en este proceso de deconstruir y trascender lo aparente, y dada una realidad en continuo movimiento, las categorías centrales que van a estar delimitando el objeto y permitiendo el acercamiento analítico-reflexivo son: familia, educación y salud; así como también se trabajará con otras categorías que mediarán el documento, como son discapacidad, infancia, derechos.

A los efectos de la lógica de exposición de la presente Monografía, se procurará superar la lectura lineal de la realidad, dejando a un lado el saber cotidiano y entendiendo que la realidad se encuentra en constante movimiento. Es para ello que tomando como punto de inicio el enfoque teórico-metodológico y la lógica de investigación anteriormente explicitados, la lógica expositiva que

¹El proyecto apunta a “*promover la inclusión social de niños/as y adolescentes que concurren a Escuela Especiales en tanto sujetos de derecho con discapacidad, fortaleciendo y potencializando el nexo familia-escuela-comunidad*”. (Proyecto de desarrollo de la extensión universitaria. Escuelas especiales, 2011:4).

se desarrollará estará basada en tres capítulos, con el fin de lograr una profundización analítico-reflexiva sobre la temática.

En un primer capítulo, titulado “El proceso de medicalización y la Educación Especial en Uruguay”, se dará cuenta de los procesos de medicalización en el Uruguay del 900 donde el mismo se basó en el control y disciplinamiento de la sociedad con la promesa emancipadora de la razón moderna. En este contexto, la salud se volvió un valor fundamental, siendo representado desde un saber médico, encargado de generar los parámetros entre lo “sano” y lo “enfermo”, entre lo “normal” y lo “anormal”. Así mismo se hará una breve descripción de la educación, particularmente la educación especial en Uruguay y su devenir histórico, dando cuenta también de dicho proceso de medicalización.

El segundo capítulo, titulado “La infancia psiquiatrizada de nuestros días”, dará lugar al presente de la “infancia psiquiatrizada” y la medicación con psicofármacos en el Uruguay de hoy día. Se hará referencia a los procesos de psiquiatrización que se han venido desplegando cada vez más en la niñez uruguaya dando lugar a una compleja realidad y naturalización de la misma. Se procura indagar acerca de la producción de diagnósticos que se realizan en torno a una patología psiquiátrica en niños/as desde muy temprana edad en el país.

En el tercer capítulo, titulado “Singularidades opacadas detrás de discurso acerca de un deber ser establecido”, se rescatará la singularidad de los/as niños/as que fueron entrevistados/as, de manera de intentar comprender cómo el proceso de medicación con psicofármacos impacta en sus subjetividades, cómo vivencian estos procesos en su cotidianeidad, en qué medida influyen en su proyecto de vida. Se procurará, al mismo tiempo, rescatar la singularidad de las familias que fueron entrevistas, donde su hijo/a fue diagnosticado desde muy temprana edad con una patología psiquiátrica.

Finalmente se presentarán las reflexiones finales que surgen a través de toda la producción analítica realizada, así como también la bibliografía utilizada para la misma.

CAPITULO I:

El proceso de medicalización y la Educación Especial, particularizado en nuestro país.

“La medicalización no es un simple discurso de la medicina, relacionado con el progreso inevitable de su ciencia. La medicalización se ha infiltrado de una forma muy sutil en otras disciplinas del conocimiento, gobernándolas, debilitándolas y descaracterizándolas. Existe, es claro, una práctica de medicalización directamente orientada hacia el cuerpo (del) deficiente, pero existe, sobre todo, una medicalización de la vida cotidiana, de la pedagogía, de la escolarización, de la sexualidad. En otras palabras: la medicalización debe ser entendida como una ideología dominante.”
(Skliar, 2000: 6)

I.1 El proceso de medicalización del Uruguay del 900

El devenir de la sociedad Uruguaya en el Novecientos comienza a dar cuenta de la influencia de la lógica médica, ante una sociedad signada por el disciplinamiento y control de los cuerpos y las sensaciones. En este contexto, al decir de Barran (1992), el Uruguay “bárbaro” fue dando paso mediante un fuerte proceso de medicalización y disciplinamiento hacia un país moderno, “civilizado”, donde se comenzó a instaurar nuevos valores, nuevas formas de concebir al individuo, de imponer sanciones: ya no se lo castigaba físicamente, sino que se ejercía presión sobre el mismo para “moderar” su forma de conducirse y se adapte a los requerimientos de este Uruguay “moderno”.

“Los médicos del Novecientos, como “clase” y “saber”, apostaron a la derrota definitiva de la enfermedad y el dolor; eso concluiría por hacer inútil la medicina. Esta idea probablemente tradujo al campo de la salud, la fe en el progreso y al perfeccionamiento ilimitado del hombre, la creencia ciega y militante en la ciencia como único

instrumento de la salvación humana, y la confianza de una clase fuerte, por pujante y victoriosa, segura de sí misma y sus valores, la burguesía decimonónica, a la que la mayoría de la “clase” médica perteneció y expresó.” (Barran, 1995: 226)

Es así que la salud, mediante la creciente importancia y apelación a la higiene, se tornó un valor fundamental para promover y controlar desde el saber médico, el cual comenzaría a establecer los límites entre lo “sano” y lo “enfermo”, lo “normal” y lo “anormal”. Por lo tanto, se pretendía expandir la intervención de la medicina no solo a quienes se encontraban enfermos, sino también a toda la sociedad. De esta manera, el higienismo comienza a estar presente en todos los ámbitos de la sociedad como en la escuela, los hogares, los lugares de trabajo.

“El culto de la salud como valor absoluto condujo y a la vez fue alimentado por la medicalización de la sociedad. Ese descubrimiento, porque lo fue, implicó un cambio en la titularidad de los dirigentes y creadores de las conductas morales aceptadas, pues el cura fue sustituido por el médico en la dirección de las conciencias individuales (...). Así, la vida larga se transformó en el objetivo de la existencia individual y la salud pública en la suprema ley del Estado.” (Barran, 1992a: 11)

Cabe resaltar que este proceso de medicalización implicó el control y disciplinamiento de la sociedad. En este sentido, el estar “sano” estaba fuertemente vinculado con el poder del hombre sobre su propio cuerpo. Por el contrario, la enfermedad representaba el mal, el no poder tener control sobre sí mismo. Es importante tener presente que este valor a la salud y a la higiene fueron transmitidos por la familia fuertemente y la institución escolar.

En cuanto a la familia, puede verse como un paso a considerarse una de las instituciones encargada de reproducir y legitimar el orden a través de la transmisión de nuevas pautas y valores socialmente aceptados. La familia es utilizada como agente de disciplinamiento, responsabilizada de corregir lo

“anormal”, siempre bajo la mirada del orden hegemónico dominante. Esa transmisión recayó principalmente en la figura femenina de la mujer:

“Se tuvo claro desde una principio que las familias, especialmente en la figura de “la madre”, eran “la puerta de entrada” en los hogares. La elaboración de pautas y valores higienistas para las familias burguesas se instaló como generalidad para todas las familias sin importar la singularidad de cada clase...” (Míguez; 2011:251)

En cuanto a la institución escolar, que también cumplió la función de control y disciplinamiento:

“El valor de la escuela no se agota en el hecho material de aprender a leer y a escribir (...) En las horas de clase no se juega, no se grita, no se ríe cuando se quiere, hay un orden fijo, una regla establecida que el niño aprende a respetar. No se va a la escuela con la cara sucia, ni con los pies descalzos, no se asiste a clase con el cabello desgreñado, ni en mangas de camisa. El niño se acostumbra así a estar decentemente en sociedad.” (Barrán, 1992: 213)

De este modo, el cuerpo del niño fue objeto de prácticas e intervenciones físicas y psíquicas desde el mundo adulto en busca de un sujeto disciplinado que se adaptara a los parámetros establecidos. Para ello era necesario “domesticar” y controlar el cuerpo del niño/a.

“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)

Ahora bien, dentro del saber médico, es importante tener presente la especificidad de la Psiquiatría. Precisamente la institución psiquiátrica se transformó en uno de los espacios que reflejó la autoridad y control del médico

frente a la población “desobediente”, aquellas que no cumplían con los parámetros socialmente esperados para la época: “...*el drama de la enfermedad mental terminaría instalándose en el centro de la vida del hombre occidental.*” (Barrán, 1995: 145)

El Manicomio Nacional² fue testigo de los castigos que los sujetos recibían allí dado que se consideraba que “*el loco por la pena es cuerdo*”. (Barrán, 1994: 16). De ese modo se comenzaba a aplicar el castigo con el propósito de disciplinar, corregir lo “malo”, lo “enfermo”.

“...cama forzosa durante los primeros meses de la internación ya que el lecho permitía estudiar al loco y a la vez calmarlo; inyecciones en el muslo de trementina u oxígeno en procura de crear abscesos dolorosos que impidieran el delirio y “descongestionaran” el cerebro; baños con duchas frías, de efectos higiénicos-terapéuticos...”
(Barrán, 1994: 16)

Es importante señalar que el control de los “vicios” también estuvo presente en la institución psiquiátrica, estableciendo fuertes castigos para quienes no cumplían con las reglas implantadas.

Por otra parte, el Uruguay del novecientos definió la locura como “*la instalación del desorden, la desobediencia y el ocio, una triple violación de los valores esenciales del orden mental establecido*”. (Barrán, 1994: 18) En este contexto, la “cura” para la locura se encontraría en prácticas que permitan recuperar el respeto. De este modo, hábitos, horarios, higiene, se hacían presentes en la cotidianeidad de los pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico.

“Levantarse y acostarse, higienizarse el cuerpo, desayunar, almorzar, merendar y cenar a horas fijas y predeterminadas, trabajar con horarios estrictos, habitar y concentrarse siempre en el mismo

²Actualmente Hospital Vilardebo.

lugar, era acostumbrar el espíritu y la vista de los locos a los actos regulares de la vida, primera etapa en la recuperación de la Razón.”
(Barrán, 1994: 18)

1.2 El devenir de las Escuelas Especiales en Uruguay

La educación, desde el momento en que se convirtió en un derecho de todos los niños y niñas del país, tuvo por objeto un impulso disciplinador, pero al mismo tiempo homogenizador, donde se buscó constantemente que niños y niñas se adaptarán a lo socialmente esperado, a una ideología dominante que instauró un “deber ser” del que nadie debía “desviarse”. Aquellos quienes no pudieron ser asimilados a la norma comenzarían a ser vistos como “diferentes”, comenzarían a quedar excluidos del sistema imperante en sus diversas materializaciones, fundamentalmente la educación y el trabajo.

El surgimiento de las escuelas especiales en Uruguay, partió también de este impulso disciplinador y como una forma de contener a aquellos que tenían “características particulares”, que les dificultaba aprender en clases “comunes”, donde asistían niños y niñas “normales”. (Chango; 2001)

A este respecto, se puede ubicar aquí a la figura de Emilio Verdesio, quien partiendo de un modelo médico de “discapacitado enfermo” lleva adelante la creación de la *Escuela Especial* con el objetivo de:

“...separar a los niños que tenían dificultades para aprender en las clases comunes y ofrecerles asistencia en ambientes educativos separados de los niños “normales”.” (Chango; 2001:45)

De esta manera se crea en 1909 la escuela para sordos, en 1913 la escuela al Aire Libre, en 1927 la Escuela de Ciegos y se crean clases diferenciales destinadas a “débiles mentales y retrasados pedagógicos”. En 1930 surge la

creación de la Escuela Auxiliar y la Escuela para *“lisiados, mutilados y raquíticos”*. (Chango;2001)

A partir de lo expuesto, cabe señalar, tal como lo propone Murillo retomando a Foucault, que los conceptos de “normal” y “anormal” estarían cumpliendo funciones de demarcación social, y *“(…) no solo aparecen como constituidos socialmente a través de la historia sino que han sido constituyentes de lo social, en tanto tienden a establecer líneas divisorias al interior de las relaciones sociales”*. (Murillo;1996:201)

Se puede ver cómo se comienza a establecer una división entre niños/as que concurren a escuela especial y otros a escuela común, teniendo en cuenta que a la última mencionada no pueden concurrir aquellos/as niños/as que presentan algún tipo de “dificultad”. En la mayoría de las situaciones llevó a que ese niño o niña sea *“oscurementemente estigmatizado a través de la civilizada salida de la ‘escuela especial’*. *Construido como el Diferente, el Otro, contracara de lo social y a su vez sostenedor de la identidad de una sociedad”*. (Murrillo;1996:224)

Continuando con el devenir de las Escuelas Especiales, en el año 1932 se abre el Laboratorio Psicopedagógico Sebastián Morey y Otero, en donde distinguían si la dificultad que se podría percibir en niños y niñas era por problemas permanentes, o se debían a causas externas de éste/a. (Chango; 2001)

Si bien las escuelas especiales tuvieron como objetivo contener a aquellos niños y niñas que no habían podido adaptarse al sistema educativo “común”, terminaron en realidad reproduciendo ese modelo médico-hegemónico al afirmar esa lógica de la normalidad.

“Estas Escuelas Especiales no han sido más que reproductoras de la ideología hegemónica, tratando de justificar su impulso normalizador y homogeneizador por medio de la educación.” (Vittete; 2008:27)

El devenir de la Educación Especial demuestra cómo las producciones históricas en torno a la deficiencia se inician a través del proceso medicalizador, con el objetivo de homogeneizar, de controlar a niños y niñas, y quien no cumpliera con lo establecido quedarían “apartados” como el “otro” diferente. Siendo uno de los objetivos de la educación especial de “*proteger al deficiente*”, claramente se puede observar una dicotomía, donde por un lado están aquellos que se adaptan a lo socialmente esperado, los “normales”, y por otro lado aquellos que necesitarían “ser protegidos”.

“La educación especial conserva para sí una mirada iluminista sobre la identidad de los sujetos, esto es, se vale de oposiciones de normalidad/anormalidad, de racionalidad/irracionalidad y de completud/ incompletud como elementos centrales en la producción de discursos y practicas pedagógicas. Los sujetos son homogenizados, infantilizados y, al mismo tiempo, naturalizados, valiéndose de representaciones sobre aquellos que está faltando en sus cuerpos, en sus mentes y en su lenguaje.” (Skliar; 2000:4)

CAPITULO 2:

“La infancia psiquiatrizada de nuestros días”

“Mucho antes de que los niños ricos dejen de ser niños y descubran las drogas caras que aturden la soledad y enmascaran el miedo, ya los niños pobres están aspirando gasolina o pegamento”

(Galeano; 1998:13)

II.1 ¿A qué se hace referencia con el término infancia?

En el contexto de la Edad media, puede verse cómo entre adultos y niños/as no existía distinción. A los pocos años de vida de los/as niños/as éstos/as pasaban a integrarse a la sociedad de forma independiente, pasando a vivir “mezclados” con los adultos. (Aries, 1987)

El concepto de niño/a y el estatuto de éste/a como tal, comienza a ser reconocido en la Ilustración y con ello el advenimiento de la modernidad, momento en que se entiende que éste/a posee una visión del mundo completamente distinta de la del adulto, con quien antes no se establecían diferencias.

“El concepto de niño comenzó a conquistar espacios para el siglo XVIII y XIX, pero fue recién a comienzos de siglo XX donde adquiere una relevancia notoria en el mundo de las ideas con los aportes del Psicoanálisis, fundamentalmente. (Míguez; 2012:88)

Es así que con este advenimiento de la modernidad se comenzó a visualizar de forma crítica las condiciones inhumanas a las cuales un amplio sector de la sociedad estaba siendo expuesto, donde los/as niños/as se encontraban en una situación de desprotección y vulnerabilidad.

“En estos ámbitos surgieron discusiones fundamentales acerca de la naturaleza de la infancia y se comenzó a pensar que todos los niños tenían ciertos derechos.” (Cunningham, 1991: 3)

De este modo, el derecho universal a la educación del niño y de la niña, fue concedido como en un pilar fundamental que permitió consolidar efectivamente el concepto de infancia (Elías, 1990). Se comenzaba a instaurar un nuevo orden social que requería de sujetos disciplinados, con el fin de integrarse al sistema. A partir de entonces, el Estado comenzaría a regular la situación de los/as menores, brindando el mismo trato a aquellos/as menores que cometían delitos y por tanto vulneraban derechos de terceros como a aquellos/as cuyos derechos fundamentales estaban siendo vulnerados. (Beloff, 1999)

En el año 1989, una nueva visión de la infancia se consolidara por medio de la Convención de los Derechos del Niño (ratificada por nuestro país (el Uruguay) en 1990), desde la cual el/la niño/a pasa a ser visualizado/a como sujeto de derecho, estableciéndose una nueva “Doctrina de la Protección Integral”. Para ello, la Convención define como niño/a a: *“todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”*. (1989:1)

En Uruguay, el Código de la Niñez y la Adolescencia fue aprobado en 2004, estableciendo una distinción desde la cual se expresa: *“se entiende por niño a todo ser humano hasta los trece años de edad y por adolescente a los mayores de trece y menores de dieciocho años de edad”*. (2004: 1)

De este modo, hay una distinción entre las formas de intervención dirigidas a garantizar los derechos de aquellos niños y niñas en situación de vulnerabilidad y aquellas medidas dirigidas a la educación y reinserción social de aquellos/as menores que por distintas formas vulneran derechos de terceros.

II.2 Psicofármacos y diagnósticos en la infancia del Siglo XXI

Desde hace más de una década, se asiste en Uruguay un proceso que algunos autores lo denominan *psiquiatrización o psicopatologización de la infancia* (Míguez;2010;Stolkiner, 2012 respectivamente), el cual se concretiza en los cuerpos de niños y niñas, que son etiquetados y diagnosticados desde un saber médico hegemónico, como “portadores de patologías”. Más de la veces dichas patologías no son científicamente objetivables, sino que responden simplemente a modos de ser y estar que no se corresponden con un deber ser establecido. (Miguez; 2012)

“En las últimas décadas se han producido neoclasificaciones que amenazan con patologizar todas las áreas de expresión y existencia desde temprana edad.” (De León y Kakuk; 2012: 65)

En la actualidad, en el Uruguay, se puede visualizar que muchos niños/as son derivado/as desde escuelas “comunes” a “escuelas especiales” a causa de “trastornos o problemas conductuales”. Ante esto, en algunas instancias se da como resultado la indicación profesional de un tratamiento con psicofármacos, siendo una de las aristas de este proceso de psiquiatrización de la infancia. De este modo se comienzan a generar procesos de etiquetamientos de conductas, creando nuevos trastornos psiquiátricos, entre ellos: trastornos de la personalidad, trastornos de conducta, hiperactividad. Para ello una respuesta “rápida y eficaz” parece ser el consumo excesivo de distintos medicamentos como antidepresivos, ansiolíticos, entre otros. De este modo comienza a producirse:

“... la medicalización de la vida diaria de las personas con fines económicos o de marketing, por medio de la creación de enfermedades o la exageración de situaciones fisiológicas, asociándolas con posibles sufrimientos o patologías (“diseasemongering”) (...) (comprendido) en el marco de estrategias de promoción impulsadas por las empresas farmacéuticas con el

objetivo de ampliar el mercado de medicamentos, que reclaman la respuesta meditada y concertada de los diversos actores involucrados.” (Viera, 2008: 130-131)

En la actualidad, este proceso se extiende cada vez más a la infancia, quien se vuelve objeto y principal destinataria de las múltiples intervenciones de la medicina en su vida cotidiana. En este sentido, Untoiglich (2013) plantea que la institución escolar ha venido asumiendo un rol protagónico en esta cuestión, debido a que niños/as que no se “acomodan” a lo esperable para dicha institución, rápidamente reciben diversos diagnósticos.

“Cada vez con mayor frecuencia, llegan a las unidades de salud pública o a los consultorios privados, niños derivados por las escuelas por problemas en sus aprendizajes y/o comportamiento. Generalmente en la derivación ya se deja constancia de una “sugerencia diagnóstica”, siendo las más comunes los trastornos neurológicos o psiquiátricos como el Trastorno por Déficit Atencional (TDA) o el Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) o, últimamente, con un auge creciente el Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) o Trastorno del Espectro Autista (TEA).” (Untoiglich; 2014:4)

De este modo, y teniendo presente la incorporación de psicofármacos en la infancia, la cifra de niños/as que los consumen se ha disparado notoriamente en Uruguay, en un corto período de tiempo, llegando a ser motivo de crítica tanto a nivel nacional como internacional.

“Así, niños y niñas desde los cuatro o cinco años están siendo medicados con pastillas de diversos colores, que más bien parecieran caramelos, consumidos por una niñez no tan ajena en sus subjetividades a estas opresiones. Antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, entre otros, hacen la gala de un variado abanico de medicamentos que se utilizan como forma de aquietar sus conductas...” (Miguez; 2012:2)

Estos psicofármacos son utilizados como forma de dar respuesta y buscar una “solución” al sufrimiento mental de muchos/as niños y niñas, permitiéndoles “reducir” el malestar que puede generar en ellos/as: *“De esta forma, se vive en una sociedad de las “soluciones prácticas”, encontrando en los medicamentos una de las principales vías de respuestas.”* (Sánchez; 2011:16)

Al decir de Galende (2008), la medicación permite sobrellevar los malestares de la existencia, pero también lleva a que la incorporación de psicofármacos genere en los sujetos “alivio” a los síntomas de ese sufrimiento mental, lo cual no da lugar a que el sujeto cuestione su malestar y encontrar para ello la manera de superarlo. En los últimos tiempos los/as niños/as se han convertido en un foco de atención y potencial consumo de medicación con la finalidad de que éstos/as desde muy pequeños/as puedan seguir siendo productivos a la lógica de mercado.

“De un modo general se observa en los intentos de borrar las singularidades de la subjetividad y de la historia personal en los trastornos de ansiedad, en las crisis de angustia desarticuladas de cualquier sentido, en el recurso inmediato al remedio para disolver cualquier malestar sin intentar siquiera interrogarse acerca de las razones de su presencia.” (Galende; 2008: 252)

Al respecto, en la actualidad, según Taberna (2013), los psiquiatras insisten en afirmar el “origen natural” de la “enfermedad mental”, dejando a un lado las causas de ese “malestar”, lo que lleva a la búsqueda de soluciones eficaces y rápidas, que permitan reducir el sufrimiento de un sujeto en un determinado momento. Este tipo de tratamiento, junto con elaboración de un diagnóstico, tienden a “acallar” los síntomas, sin cuestionar cuales son verdaderamente sus determinaciones y en que contextos se producen.

Janin (2000) plantea que los niños/as que no responden a las exigencias del momento son diagnosticados como deficitarios, al mismo tiempo que son medicados. Para ello, la forma de lograr la producción de esos sujetos útiles, productivos y funcionales al sistema, es a través de procesos de

disciplinamiento que procuren la normalización de los individuos en pro de la reproducción de “sujetos deseables”.¿Cómo normalizar a esos sujetos? En principio, resultan necesarios desde el saber médico hegemónico, la elaboración de diagnósticos “tempranos” que permitirán demarcar quien queda adentro de la “norma” y quien queda por fuera.

Estos diagnósticos “tempranos” tienden a “sellar” la vida de estos/as niños y niñas.Hoy día, un gran porcentaje de niños/as son derivados, en muchas instancias desde el ámbito escolar, a una consulta con el psicólogo o el psiquiatra, quien determinará lo que “posee” ese niño/a por no lograr “adaptarse” a los parámetros socialmente esperados.

“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.”(Hernández y Oliver; 2015: 140)

Es importante, a la hora que se elabora un diagnóstico, poder cuestionarse acerca de cómo se evalúa realmente la conducta de esos niños/as.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)*

En muchas instancias, estos diagnósticos se realizan sin tener en cuenta la voz de los principales actores involucrados. Se tiende a homogenizar, sin tener presente la singularidad de cada uno/a. Al mismo tiempo, algunas etapas para la elaboración del mismo quedan descartadas, siendo que son necesarias para comprender la “causa” que genera el “malestar” de ese niño/a.

Pues, se elaboran diagnósticos:*“(…) sin escuchar a los niños/as, en base a cuestionarios o a observaciones regidas por una normalidad atemporal, desconociendo la incidencia del contexto y de los vínculos tempranos.” (Janin; 2012:5)*

Para ello, y continuando con los aportes de Janin, se debe tener presente que:

“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)

Es importante poder reflexionar cómo realmente son evaluados estos niños/as que presentan un diagnóstico con una patología psiquiátrica desde muy temprana edad. De este modo, *“los diagnósticos tendrían que funcionar como brújulas orientadoras para los profesionales, siempre tomando en cuenta que estos se construyen y se van modificando en el espacio transferencial.”* (Untoiglich, 2013: 62)

En este sentido, hay cuestiones que se deben trascender, por ejemplo: ¿En qué se basan los psiquiatras para la elaboración de los diagnósticos con una patología psiquiátrica? ¿Se contempla la subjetividad propia de cada niño/a?, o ¿Solo evalúan en función de lo que un adulto dice o piensa de ellos/as? Por lo tanto, *“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.”* (Miguez y Sánchez; 2015:44)

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 se encuentra ante una situación de desprotección.

“En este sentido, pareciera existir una puja entre dos formas de dar respuesta a sufrimiento mental en la infancia; entre apelar bajo los tradicionales principios de la psiquiatría a la desubjetivación, la solución rápida y superflua hoy por medio del psicofármaco, o más orientados hacia el campo de la Salud Mental en tratar de desentrañar, por medio de un proceso colectivo, que no solo

implique al sujeto padeciente, el conflicto para como dice Galende (2008) "hacerlo hablar." (Taberna: 2013:39)

De este modo, cabe cuestionarse si realmente existen dos formas de intervención sobre ese sufrimiento mental en la infancia. En la actualidad, puede visualizarse que más de las veces no se buscan conjuntamente las respuestas para el "sufrimiento mental" de niños/as. Así es que los diagnósticos médicos transversalizan la vida de los sujetos, por lo que resulta pertinente desnaturalizar la preponderancia que asume el saber médico, quien será el encargado de establecer lo "sano" o "enfermo", pero siempre en la perspectiva médica. Por otra parte, el psicofármaco "silencia" el conflicto y malestar del sujeto (la angustia, la ansiedad, la depresión).

Sin embargo, hoy es posible visualizar un campo que busca abrirse camino entre los tradicionales principios positivistas de la racionalidad psiquiátrica: el de la Salud Mental, donde existe una propuesta de poder observar de manera crítica ese "sufrimiento mental".

De este modo, *"el objeto de la salud mental no es de un modo exclusivo el individuo o los conjuntos sociales, sino las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y a su comunidad"*. (Galende; 1997: 31)

Capítulo 3

Singularidades opacadas detrás de discursos acerca de un deber ser establecido

Niños tristes, que están en proceso de duelo, niños inquietos, niños que han sido violentados niños que necesitan más espacios de juego, niños que se retraen, niños que no respetan las normas... todos ellos son ubicados como si fueran idénticos. En este contexto, los niños son diagnosticados luego como portadores de un supuesto síndrome de causa genética. Diagnósticos que se realizan generalmente sin escuchar a los niños, en base a cuestionarios o a observaciones regidas por una normalidad atemporal, desconociendo la incidencia del contexto y de los vínculos tempranos.”
(Janin; 2012: 5)

El presente capítulo pretende explicitar cómo los procesos que se fueron deconstruyendo en los capítulos anteriores, se hacen presentes en la singularidad de los/as niños/as que fueron entrevistados/as y sus respectivas familias. De esta manera, se intentará comprender cómo el proceso de medicación con psicofármacos y el ser “portador” de un diagnóstico con una patología psiquiátrica desde los primeros años de vida impacta en sus subjetividades, cómo vivencian estos procesos en su cotidianidad, en qué medida influyen en su proyecto de vida.

En la actualidad se exige a las personas ser flacos, lindos, inteligentes, atractivos, “sanos”, etc. Para ello, desde un tiempo hasta acá, se han venido practicando diferentes técnicas que permitirán a los sujetos ir alcanzando dichas exigencias. De este modo, se puede observar que se está viviendo en una sociedad de “soluciones prácticas”, encontrando en la incorporación de psicofármacos y elaboración de diagnósticos con tal o cual patología, como una de las principales vías de respuestas. Se originan procesos de etiquetamientos de conductas, creando nuevos trastornos psiquiátricos como bipolaridad, esquizofrenia, depresión, entre otros.

Ante esto, las personas en situación de discapacidad, desde tiempos remotos, producto de los ideales modernos, han vivido la exclusión muy de cerca. Las etiquetas o rótulos que quedan fuera de la norma, llevan al no formar parte, al quedar por fuera de lo que es considerado como “normal”. La inclusión excluyente puede ser tomada como estar “incluido”, sin las condiciones necesarias para que ese sujeto pueda realmente formar parte del espacio en el que se lo está “incluyendo”, pero que al mismo tiempo es excluido.

El sujeto se encuentra enmarcado en una totalidad, en una realidad que impone un “deber ser”, que impone modas, conductas, una sociedad que excluye al “otro” diferente, o simplemente al que no se adecua a tales exigencias. Entonces, ¿quién es el encargado de determinar quién queda adentro y quien queda afuera? ¿Cuán libre es el sujeto al momento de elegir cómo proyectarse? Más de las veces, el saber médico es el encargado de tomar esa decisión al momento de elaborar diagnósticos y pronósticos que van a determinar si una persona está o no dentro de los parámetros socialmente esperados para la época.

III.1 Conociendo el discurso docente

En el presente apartado, se presentaran los diferentes discursos que las docentes brindaron en las entrevistas que se llevaron a cabo en una Escuela Especial ubicada en Montevideo. Es importante señalar que dichas entrevistas surgen de la necesidad de conocer la opinión que éstas tienen sobre la temática que se viene desarrollando en la presente monografía.

Para ello, se dará lugar a algunas de las expresiones que utilizaron sobre sus alumnos/as, tales como “psiquiátricos”, “medio loquitos”. Al mismo tiempo en dichas entrevistas se vio reflejado la naturalización de la medicación con psicofármacos, marcando en algunas instancias como una necesidad para el niño/a.

“Todos van al psiquiatra, y por esto tratamos con chiquilines con diagnósticos psiquiátricos y es complicado, tenes que cambiar de estrategias continuamente porque ellos cambian todo el tiempo sus conductas.”(Entrevista a maestra de Primaria III en Escuela Especial, realizada en julio de 2014)

“Yo tengo una gurisa con esquizofrenia, es psiquiátrica obviamente, otro que esta medicado por depresión.”(Entrevista a maestra de Primaria I en Escuela Especial, realizada en julio de 2014)

“Están en la escuela con un diagnóstico médico y obvio que toman medicación ¿no?...” (Entrevista a maestra de Primaria II en Escuela Especial , realizada en julio de 2014)

En la mayoría de los discursos que fueron brindados por las docentes, manifiestan que deben cambiar constantemente las estrategias porque los niños/as cambian todo el tiempo sus conductas, expresando esto como la principal problemática a la que deben enfrentarse, como que esto fuera lo “malo”, lo que se debe controlar.

En este sentido, se puede observar un aumento del saber médico en distintas esferas de la sociedad (Mitjavila; 1998) y también con el hecho de que ese saber médico es el que puede determinar que una persona posee “alteraciones” en su salud mental y que por ende debe ser medicado. Este proceso se extiende a la infancia, la cual se vuelve objeto y principal destinataria de las múltiples intervenciones de la medicina en su vida cotidiana, determinando que es lo que puede considerarse “sano” y “enfermo”, dentro de este modelo médico hegemónico. De este modo:

“La medicación atraviesa la vida cotidiana de muchos de los niños y o adolescentes que concurren a las escuelas especiales. Se da cuenta, de este modo, como el proceso de psiquiatrización de niños

y niñas ha aumentado significativamente en el Uruguay en los últimos años.” (Sánchez; 2011:32)

Con relación al tema de los diagnósticos, se puede afirmar cómo más allá del reconocimiento que se hace de que los mismos se realizan de forma superficial, en poco tiempo y que muchas veces son equivocados, están de “acuerdo” con la elaboración y producción del mismo. En palabras de la Directora:

“Considero que los diagnósticos con alguna patología deben ser cuanto antes.”(Entrevista a Directora en Escuela Especial, realizada en julio de 2014)

Otra de las maestras entrevistadas señala:

“Necesitamos que tengan un diagnóstico, sino cómo haces con un gurí que es depresivo, o ahora esquizofrénica que ya tenemos una no sé si sabias... seguro que esa gurisa tiene que estar medicada, sino imagínate lo que sería esto, una batalla campal.”(Entrevista a maestra de Primaria III en Educación Especial, realizada en julio de 2014)

En este sentido, se da cuenta de cómo la temática quedaría reducida al acto mismo de medicar, en donde si un psiquiatra determina que “debe ser así” no hay porque cuestionar nada, desentendiéndose de que en realidad este acto es solo una de las manifestaciones de un proceso mucho más amplio de *medicalización* que tiene causas profundas.

De esta forma, lo antedicho demuestra cómo algunas de las docentes no trascienden lo inmediato, lo “fenoménico” o lo aparente de estas situaciones; es decir, no ven más allá, no se cuestionan por qué ese niño/o se comporta de tal o cual manera. Por lo tanto, queda al descubierto lo naturalizado que se encuentra la preponderancia de un diagnóstico, y, más aún, los procesos de medicalización cotidianos que atraviesan dichos niños/as. De esta forma, se producen y reproducen relaciones de poder que no hacen más que limitar a los

sujetos. *“De este modo, la mirada se detiene en lo que al otro le falta para ser como nosotros”.* (Rosato y Angelino; 2009: 67)

De todos modos, esto se sigue legitimando en los hechos y donde no hay ninguna propuesta al respecto para cambiar esta situación o buscar alternativas, que no sea la de establecer un diagnóstico en un lapso de tiempo breve, en un niño/a desde muy corta edad. Por lo tanto:

“Así como los niños comienzan trazando sus primeras letras con lápiz, los profesionales que se ocupan de la salud mental de los más pequeños deberían utilizar un lápiz para escribir esas primeras hipótesis(...)no deberían constituirse nunca en una marca indeleble en la vida de un sujeto.”(Untoiglich, 2013: 60)

El hecho de la existencia de diagnóstico se condice casi directamente con la consiguiente administración de medicación de niños y niñas, que las más de las veces son promovidas por las propias maestras, o por el mismo psiquiatra. Esto puede verse reflejado en este discurso:

“Yo fui a un curso que se daba sobre niños autistas, que dio primaria y quien lo llevaba adelante era la doctora Garrido y ella lo que recalca era que las maestras somos las encargadas de denunciar a los niños que tienen problemas psiquiátricos, le guste a quien le guste, y ella nos decía que si ese botija no es medicado, nosotras debemos dar conocimiento de la situación.”(Entrevista a maestra de Primaria II en Escuela Especial, realizada en julio de 2014)

Por otra parte, las maestras entrevistadas señalan cambios en los comportamientos de los niños/as debido a la existencia de un quiebre en la “familia nuclear” en la actualidad. Este quiebre en la noción de familia tradicional es el que lleva a las maestras a culpabilizar a las mismas por los múltiples “problemas” que poseen los niños/as.

En este sentido Beloquí expresa: *“en la sociedad capitalista burguesa se transforma a la familia en el lugar de depositación de la responsabilidad social por la conducta de sus miembros”.* (2007:8) Esta ruptura y desestructuración de

la familia nuclear es la que para las maestras es la causa directa y única de todos los cambios, pero sin embargo no significa que estos nuevos arreglos familiares no puedan cumplir la misma función que la que ha tenido en su momento la familia tipo y que no pueda cumplir el mismo rol en la socialización primaria de los niños/as.

“Las estructuras rígidas de los lazos familiares que articulaban a la familia nuclear hoy adquieren modalidades más flexibles; es por ello que es necesario tener una mirada crítica sobre las relaciones al interior de la familia, hacer una lectura que cuestione la concepción de una familia patriarcal y/o nuclear.” (Beloqui; 2007:5)

Algunas de las maestras hacen alusión al hecho de que los niños/as traen todas sus “problemáticas”, las cuales se generan en sus hogares, a la escuela. Una de ellas expresa:

“Pensá en un chiquilín que es medio loquito, que toma medicación desde los 3, 4 o 5 años más o menos, pero que nadie en la casa se encarga de ayudarlo, de darle contención, que tiene millones de problemas , ese niño el trauma que le genera es impresionante, y donde se descargan es en la escuela.”(Entrevista a maestra de Primaria III en Escuela Especial, realizada en julio de 2014)

Se puede visualizar cómo se hace alusión al hecho de que los niños/as traen todas sus problemáticas, las cuales se generan en sus hogares, a la escuela, como una forma de descargo. Lo expresado por esta maestra puede pensarse de acuerdo a lo que Sartre (2004) plantea como *interiorización de lo externo* y *exteriorización de lo interno*, es decir justamente aquello que los niños/as expresan en diferentes espacios en los que se insertan y que tiene relación con aquellas vivencias que son interiorizadas por los mismos. En este sentido:

“Cada familia, y cada uno de sus miembros es producto y productor de un determinado sistema de relaciones sociales desde sus condiciones concretas de existencia que se expresan en la vida cotidiana y en una particular manera de pensar, sentir, valorar, entender y actuar.” (Beloqui;2007:6)

III.2 ¿Y qué implicancia tiene en la familia cuándo se establece un diagnóstico con una patología psiquiátrica desde el saber médico?

Será preciso retomar las conceptualizaciones de Sartre (2000) para tener en cuenta la necesidad de considerar a la familia singular dentro del movimiento general de la historia, y así comprender como es que cada familia tiene su propia lógica y como resulta imperativo pensar: *“la familia singular como mediación entre la clase universal y el individuo: la familia está constituida en efecto, en y por el movimiento general de la Historia...”* (Sartre; 2004: 62).

“Mi hija tiene trastorno bipolar, depresión desde los 8 años y en agosto del año pasado le diagnosticaron que lo que ella estaba teniendo es esquizofrenia, me dijo el doctor que la estaba atendiendo desde que empezó con eso(...) ella de noche se despertaba como loca gritando y me decía “mamá me hablar, se me paran en los pies de la cama y me hablan, me dicen que me quieren llevar con ellos”, y bueno me dijeron que lo que tenía era eso, esquizofrenia(...) Al principio me puse muy mal y después me resigné a que la realidad era esa, que por un tiempo iba a ser difícil para ella que es chica todavía...” (Entrevista a madre de niña de 9 años diagnosticada con una patología psiquiátrica que concurre a EE, realizada en julio de 2014)

Este fragmento de una de las entrevistas realizadas muestra claramente cómo se presenta el diagnóstico a la familia, y cómo inmediatamente deja una marca en la familia. Esta madre durante un tiempo se “resignó” a que la realidad de su hija sería esa. La vida cotidiana de esta familia singular, se encuentra fuertemente transversalizada por lo que ocurre con uno de los miembros, quien según lo que su madre cuenta, desde los 8 años tiene un diagnóstico de “trastorno bipolar” y “depresión”, a lo que a fines del año pasado se le suma un nuevo diagnóstico de “esquizofrenia”, lo cual llevó a que la familia reconfigurara nuevamente su forma de *ser y estar*, su vida cotidiana. En tal sentido, *“la vida*

cotidiana no está 'fuera' de la historia, sino en el 'centro' del acontecer histórico: es la verdadera 'esencia' de la sustancia social". (Heller; 1970:42)

Por otra lado, y continuando con los diferentes discursos brindados por parte de las familias entrevistadas, se puede visualizar cómo el pensamiento y el proceder del saber médico encarna fuertemente en la realidad.

"Los médicos siempre nos dieron bastante para atrás, la que siempre nos ayudó mucho fue una psicóloga. Ella si se preocupaba mucho por mi hijo. Ahora a mí lo que me preocupa es que va a pasar con él cuando crezca, porque todavía es chico(...) imagínate que si ya esa medicado por la angustia, no quiero saber después..."(Entrevista a madre de niño de 9 años diagnosticado con una patología psiquiátrica que concurre a EE , realizada en julio de 2014)

Las familias, en general, perciben la negatividad de los médicos hacia los pronósticos que formulan en situaciones de diagnósticos, en este caso una patología psiquiátrica. En algunos casos, logran sortear un poco más el pronóstico y en otros la familia queda muy aferrada al mismo. Los vaticinios oscuros generan en algunas situaciones de temor hacia el proyecto de vida de sus hijos/as.

"No es verdad que la Historia aparezca para nosotros como una fuerza extraña. Se hace todos los días por obra de nuestras manos. (...). El individuo se objetiva y contribuye a hacer la Historia superando el dato hacia el campo de lo posible, y realizando una posibilidad entre todas; su proyecto adquiere entonces una realidad que tal vez ignore el agente y que, por los conflictos que manifiesta y que engendra, influye en el curso de los acontecimientos." (Sartre, 1963: 79)

Los niños/as diagnosticados con una patología psiquiátrica, como constructores de su propia historia, deberán objetivarse y subjetivarse para poder superar las

“marcas” que pueden haber dejado en ellos los procesos medicalizadores a los que estuvieron expuestos. Cada sujeto *interioriza* lo *externo* de forma distinta, por tanto cada singularidad se objetiva de forma diferente. Al interiorizar aquello que forma parte “del afuera”, entra en juego la subjetividad. La subjetividad tanto del sujeto concreto que es diagnosticado, como la subjetividad de la familia de ese niño/a, se ven signadas.

“La interiorización de lo exterior y de la exteriorización de lo interior. La praxis en efecto, es un paso de lo objetivo a lo objetivo por la interiorización (...)Lo subjetivo aparece entonces como un momento necesario del proceso objetivo.” (Sartre, 1970: 81)

La familia al momento en que se diagnostica a un hijo/a con una patología psiquiátrica interioriza lo externo. Los sujetos a lo largo de su historia, desde muy 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. Dicha interiorización produce efectos en la subjetividad de la familia, que hacen que se objetiven de una u otra manera según cómo afecte su subjetividad esa interiorización de lo externo, devolviendo luego al exterior el dato objetivo interiorizado, luego de ser pasado por el “tamiz” de su subjetividad.

Por tanto, la subjetividad de la familia está en juego constantemente en los procesos de medicalización que surgen a partir de la producción de diagnósticos. Para ello cabe cuestionarse: ¿se contempla la subjetividad propia de cada familia en su singularidad? Desde el saber médico, por lo general, no se tienen en cuenta los procesos de subjetivación de las familias. Se ve reflejado lo anteriormente dicho al momento en que las familias plantean que los médicos no hicieron más que desde el “vamos” determinar, por así decirlo, el futuro del niño/a que están diagnosticando, sin contemplar cómo tanto el niño/a como la familia se ven vulnerados por tal situación.

Tal como plantea Janin (2013), se está en una época en la cual se les 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. Dicha familia, las más de las veces, se convierte en objeto de intervención desde diversas disciplinas, siendo cuestionada e indagada en sus prácticas, las cuales como ya fuera expresado, escapan al deber ser establecido socialmente.

III.3 ¿Y qué opinan los niños/as? ¿Qué sensaciones les generan estos procesos?

Durante el presente trabajo se ha venido exponiendo el proceso que se ha ido extendiendo cada vez más a la infancia, como es el *proceso de psiquiatrización* de la infancia en Uruguay. Lo que se pretende es desentrañar dicha situación haciendo mayor énfasis en los procesos subjetivos que van realizando niños y niñas que son diagnosticados y/o medicados con psicofármacos, sus sensaciones y percepciones a partir de sus propios discursos.

En base a lo dicho, surgen varias interrogantes: ¿qué procesos subjetivos, en relación con sus *proyectos de vida*, van realizando estos/as niños/as? ¿Cómo van construyendo sus procesos identitarios? ¿Cómo viven la situación en la que se encuentran? ¿Qué impacto puede generar en su subjetividad que desde temprana edad son diagnosticados desde un saber hegemónico que va a tener repercusión directa en la configuración de la biografía de estos/as niños/as?

Se entiende pertinente, en este apartado, hacer referencia los aportes que realiza Scribano en relación a la noción de *cuerpo*, el que define como: “*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*”. (Scribano, 2005: 98) El planteo del autor se caracteriza por la concepción de tres nociones de cuerpo: el *cuerpo social*, el *cuerpo individuo* y

el *cuerpo subjetivo*. Lo que se propone aquí es rescatar las nociones acerca del *cuerpo subjetivo* y retomarlas en relación a la subjetividad de estos/as niños/as, entendiendo que éste “*se configura por la autoreflexión, en el sentido del “yo” como un centro de gravedad por el que se tejen y pasan múltiples subjetividades*”. (Scribano; 2007:121)

En este sentido, la cuestión del *cuerpo subjetivo* parte de la consideración del cuerpo en su concepción ontológica, entendiendo que éste se construye socialmente a través de las percepciones y sensaciones que cada sujeto va realizando en una relación dialéctica con su colectivo.

A lo largo de sus vidas, los/as niños/as, adolescentes, jóvenes y adultos en situación de discapacidad han atravesado constantes instancias en donde han venido interiorizando cuestiones del “deber ser” impuesto por la Ideología de la Normalidad, por lo cual, muchas veces terminan actuando de acuerdo a esto. Hay una imposición de asumir la responsabilidad de “hacerse cargo” de su propia condición y por lo tanto buscar los medios para poder adaptarse a una sociedad que ya está dada. De este modo, se busca la conformación de sujetos productivos, rechazando aquel que no produce de acuerdo a lo esperado.

Esta situación es de alguna manera compensada por lo que Scribano define como *mecanismos de soportabilidad social*, los cuales: “*se estructuran alrededor de un conjunto de prácticas hechas cuerpo que se orientan a la evitación sistemática del conflicto social*” (Scribano; 2007:120), y por *dispositivos de regulación de sensaciones*, los cuales “*consisten en procesos de selección, clasificación y elaboración de las percepciones socialmente determinadas y distribuidas*”. (2007:121). Son impuestos por determinadas instituciones, que subjetivizan cuerpos concretos que son colocados en una “situación de discapacidad”, proporcionando etiquetas que los condiciona.

De este modo, y en base a lo que se viene planteando en la presente monografía, se busca rescatar las voces de los principales actores involucrados.

“El doctor que me atiende en el ‘Sambua’, dice que tengo que tomar unas pastillas para mejorarme más rápido.” (Entrevista a niño de 8 años, con un diagnóstico de depresión, realizada en Julio de 2014)

“La doctora que me atiende, me dijo que no deje de tomar las pastillas, porque si no cuando sea grande es peor, voy a sentirme mal... Porque a veces de noche me dan ataques de pánico, me pongo nerviosa y veo personas en mi cuarto.” (Entrevista a una niña de 9 años, diagnosticada con bipolaridad, depresión y esquizofrenia, realizada en Julio de 2014)

Si se fija la atención ahora en el discurso de los niños/as que participaron de las entrevistas realizadas, cabe destacar una serie de elementos que fueron puntualizados, en donde se vio claramente cómo es que compartían las mismas percepciones sobre el tema y lo que representa en su *vida cotidiana*. De esta manera, si bien la temática no fue tratada de forma explícita, se buscó comprender cuáles son aquellas actividades que desarrollan diariamente estos niños/as y qué lugar ocupa la medicación en sus vidas, del mismo modo que se buscó indagar cómo es que llevan adelante en su proyecto de vida el ser “portador” de una patología psiquiátrica. La misma fue traída a colación por algunos de los niños/as entrevistados, quienes la plantearon desde un principio como una obligación, necesaria para “sentirse bien”, “estar tranquilo” y “poder concentrarse”. De esta forma, se pudo visualizar cómo la mayoría de los niños/as desde muy pequeños/as entienden la acción de tomar la pastilla como un “deber ser”, como una obligación. Así, puede decirse que:

“La niñez medicada con psicofármacos es una niñez que se distingue del mundo adulto. Porque el “paciente” en todo este entramado es ese niño o niña que consume psicofármacos. Y sí, paciente, porque así se lo denomina desde la jerga medica; pero paciente también por tolerar exterioridades que les son interiorizadas como responsabilidades individuales.” (Miguez; 2012: 17)

Se puede percibir cómo los niños/as reproducen un discurso que proviene desde el mundo adulto, lo que en términos de Sartre (2004) daría lugar a una *exteriorización de lo interno*, en donde al preguntarles a ellos/as quienes dicen que esa es la utilidad de la medicación, mencionan actores tales como, “*el doctor de la cabeza que me atiende en el Sambua*”, “*la maestra*”. Pues, como plantea Sartre al referirse a la infancia:

“El niño, entre tinieblas, a tientas trata de representar, sin comprenderlo, el personaje social que le imponen los adultos; solo el nos puede demostrar si se ahoga en su papel, si trata de evadirse de él o si se asimila a el del todo” (Sartre; 2004: 60)

Así, y desde esta exteriorización que realizan los niños/as en donde parecería que en su vida cotidiana el tomar la medicación desde muy temprana edad es una instancia más dentro de sus actividades, visualizada como condición para “estar bien”. Ante este planteamiento, claramente se puede observar desde algunos de los discursos de los/as niños/as cómo sienten tal naturalización:

“La maestra dice que si no tomo la medicación, no puedo entrar al salón, me deja en el patio solo o me manda para mi casa, y yo no me quiero ir, si yo me porto bien (...). Dice que ando loquito.”(Entrevista a niño de 8 años, diagnosticado con trastorno de personalidad, realizada en Julio de 2014)

“Yo voy a ir a una Clínica para estar mejor, todos me dicen que me va a ir bien, pero es feo porque no voy a ver todos los días a mi madre.”(Entrevista a una niña de 9 años, diagnosticada con bipolaridad, depresión y esquizofrenia, realizada en Julio de 2014)

“Yo no vengo todos los días a la escuela, porque la maestra le dijo a mamá que no me mande todos los días, porque no le hago caso y no tomo la medicación que la doctora me mando.” (Entrevista a niño de 8 años, diagnosticado con trastorno de personalidad, realizada en Julio de 2014)

Es claro el sufrimiento que reflejan estos discursos ante la vivencia de una situación por la cual no optaron, y de la cual no están a gusto. Scribano define esta situación bajo el nombre de *dolor social* entendido como:

“El sufrimiento que se percibe; como el resquebrajamiento o quiebre de la articulación entre cuerpo subjetivo, cuerpo social y cuerpo individuo frente a esta lógica de la constitución de la subjetividad (...) la repetición y normatividad de las maneras sociales de enfrentar las tribulaciones de la vida originan dolor social.” (2007: 123)

El *dolor social* se entiende como este sentimiento de sufrimiento que expresan estos/as niños/as, los cuales han venido interiorizando estos *mecanismos de soportabilidad social*, pero que no exteriorizan su correlativo de aceptación, de “deber ser”, sino que expresan de cierto modo la situación que viven. Puede verse cómo el *campo de sus posibles* se presenta constreñido para estos/as, dejando en el olvido los sueños y deseos de estos sujetos respecto a sus *proyectos de vida*.

De este modo, el *proyecto de vida* implica un constante vaivén entre la singularidad del ser y el colectivo, habilitando momentos de objetivación, superando y conservando las condiciones concretas de su existencia. La historia de vida como trayectoria individual enmarcada por distintos procesos de interiorización y apropiación de lo externo se encuentra en constante relación con el proyecto de vida que cada sujeto construye. De este modo, todo sujeto tiene su propio proyecto.

Desde el existencialismo se concibe al sujeto como protagonista de su propia historia, no sólo como *producto* sino también como *productor*, a través de la superación de situaciones que va realizando por medio de sus propias prácticas, en base a su *proyecto*, el cual “*es al mismo tiempo fuga y salto adelante, negativa y realización, mantiene y muestra a la realidad superada, negada por el mismo movimiento que la supera*”. (Sartre; 2004: 86)

El cómo proyectarse dependerá de dicha apropiación e interiorización, así como de la jerarquización que cada sujeto haga de su vida, en un proceso

dialéctico con el entorno más cercano y las condiciones materiales de existencia.

En el contexto de una sociedad altamente medicalizada y mercantilista hasta parecen encontrar la “solución” más rápida en el mercado a través del consumo de pastillas, pero que esconde por cierto una lógica de razonamiento lineal: tengo tal o cual problema, entonces se consume tal medicación, y por tanto hay un “alivio” de ese malestar. De este modo:

“Se entiende que en medio de este proceso, se anulan singularidades en tanto se dejan a un lado las condiciones materiales de existencia que inciden en la vida cotidiana de los niños y niñas, las cuales son interiorizadas y luego, en diferentes instancias exteriorizadas a través de diferentes expresiones psicoemocionales y decodificadas desde el mundo adulto en términos medicalizados.”(Taberna;2013:28)

En definitiva, parece quedar al descubierto que la medicación atraviesa la vida cotidiana de muchos de los niños/as que concurren a Educación Especial. Se da cuenta, de este modo, y tal como se trabajó en el capítulo anterior, cómo el proceso de psiquiatrización de niñas y niños ha aumentado significativamente en el Uruguay en la última década.

Mediante los discursos de estos niños/as, queda al descubierto lo naturalizado en cuanto, los procesos de medicalización cotidianos que atraviesan sus vidas. Los niños/as diagnosticados con una patología psiquiátrica desde muy temprana edad, como constructores de su propia historia, deberán objetivarse y subjetivarse para poder superar las “marcas” que pueden haber dejado en ellos los procesos medicalizadores a los que estuvieron expuestos.

La figura del niño/a últimamente ha sido depositaria de cierta culpabilización e individualización de los problemas que trascienden particularidades. De este modo, ante la acción de medicar y/o diagnosticar sujetos concretos, se oculta una realidad compleja, despojando así de todo compromiso y responsabilidad al colectivo como tal, 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)

Es de este modo que en los últimos tiempos los/as niños/as se han convertido en un foco de atención y potencial consumo para los laboratorios farmacéuticos, sin importar demasiado la subjetividad de tales niños/as. Cabe la interrogante de por qué se vulnera constantemente la condición de sujeto de derecho, sin rescatar su singularidad y sin permitir que cada uno/a “elija la vida que quiere vivir”. Aquellos/as niños/as que han sido etiquetados/as, ¿no estarán exteriorizando lo que han interiorizado de una sociedad que se caracteriza en ser cada vez más individualista?

“La niñez del siglo XXI, en sus manifestaciones conductuales, da cuenta de un proceso de resistencias pasivas y activas ante instituciones de dominio del poder en su hegemonía. Lejos se está de idealizar aquí esta infancia como posible promotora de superación del orden imperante, puesto que los dispositivos de control están cada vez más interiorizados y esta niñez es la primera en asumirlos como propios; pero en sus exteriorizaciones, cargadas de fundamentos técnicos como “violentas” “exacerbadas” “peligrosas” “indisciplinadas” “desajustadas”, se reproducen como actos que quedan en las más de las veces “fuera de la norma”, y de ahí su demarcación patológica (o su resistencia).” (Míguez, 2010: 112)

REFLEXIONES FINALES

“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 durarla infancia. Como quien hace durar ese amor que cierra su boca y enciende sus ojos”.
(Carlos Skliar; 2012)

El abordaje realizado a lo largo del presente trabajo dirigió su análisis hacia la problematización de los procesos de sociabilidad de niños y niñas que concurren a Escuela Especial y que han sido diagnosticados con patologías psiquiátricas a muy temprana edad. Pensar y analizar la temática en cuestión permitió una aproximación a la comprensión de una realidad compleja.

De este modo, se buscó comprender cómo cada sujeto construye su proyecto en virtud de lo que ha ido interiorizando a lo largo de su vida. Proyecto que no está determinado únicamente por las acciones llevadas a cabo por el sujeto concreto, sino se encuentra en vaivén dialéctico con las condiciones objetivas y con el colectivo. Para ello, diversos aspectos entran en cuestión al momento de llevar a cabo una mirada crítica-reflexiva en torno a esta temática.

En primer lugar, surge la imperante necesidad, al momento de realizar un diagnóstico, tener presente la trayectoria de vida del sujeto así como escuchar su propia voz. Es trascendental considerar que la etapa vital de la infancia constituye momentos de cambios complejos en la conformación de su propia subjetividad. A lo largo de la presente monografía, se pudo observar cómo la singularidad de cada sujeto las más de las veces no es tomada en cuenta, los diagnósticos se elaboran a partir de “una receta aparentemente única” para todas las situaciones. La premisa es muy estática y lineal, si no cumple con ciertos parámetros, “padece” una patología que se materializa en un diagnóstico.

En segundo lugar, cabe destacar como la institución escolar a donde concurren estos niños/as que poseen un diagnóstico, más allá de su incesante intento por disciplinar, controla aquellos cuerpos que no obedecen el orden establecido, por ende se los controla con una “pastilla”. Se puede visualizar como se busca educar a niños del Siglo XXI, con modelos y referencias pertenecientes al Siglo XIX.

“El sujeto se ve afectado en el rango de sensibilidad construida como “normal”, se ve con-movido pero no se mueve, se “siente” impactado pero a la vez en condiciones de no-acción. Se crea así una auto-imagen de “no poder hacer”, donde la independencia de la realidad se reproduce y renueva su “fantasmagórica” condición de indestructible.” (Luna y Scribano, 2007: 20)

Por último, se entiende que el proceso de medicalización y la elaboración de diagnósticos desde muy temprana edad en niños y niñas, es una temática muy compleja, que si bien por un lado en la actualidad se encuentra en debate o por lo menos en reconocimiento, sin embargo, por otro lado lo naturalizado que está hace que se oculten diversas realidades que están por detrás de estos procesos.

La medicalización de la sociedad está tan instaurada que resulta muy difícil interpelar los mandatos del saber médico. Las potencialidades y las posibilidades de superación de los niños/as diagnosticados con una patología psiquiátrica quedan solapadas detrás de un diagnóstico médico aparentemente inmutable. A esos niños/as se les reduce claramente el abanico de posibilidades. ¿Qué sucede con el proyecto de vida de estos sujetos? También se ve limitado. La manera de ampliarlo es en tanto la familia así como el niño/a logren objetivar y desnaturalizar la realidad que se les plantea.

Bibliografía

- Aries, P. (1987) *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*, Madrid: Taurus.
- Barrán, J.P. (1992a) “*Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*”. Tomo 1. "El poder de curar". Montevideo Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J.P. (1992) “*Historia de la sensibilidad en el Uruguay*” Tomo I La culturabárbara (1800-1860). Tomo II El disciplinamiento (1860-1920) Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo Uruguay.
- Barrán, J.P. (1994) “*Poder psiquiátrico y control social en el Novecientos*”. En Revista Historia y Docencia. Año I Nº 1 Julio. Revista de la asociación de profesores de Historia del Uruguay. Montevideo, Uruguay.
- Barrán, J. P. (1995) “*Medicina y sociedad y el Uruguay del 900*”. Tomo 3. “*La Invención del cuerpo.*” Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo Uruguay.
- Beloff, M. (1999) *Protección Integral de los Derechos del Niño y de la Situación Irregular: un modelo para armar y otro para desarmar*. En: *Justicia y Derecho del Niño*. Número 1. Santiago de Chile. UNICEF. Primera Edición.
- Chango, L. (2001) “*Una escuela para todos. Estudio de caso sobre la inclusión de un niño con Síndrome de Down en la educación formal*” Editores Quijotes. Montevideo, Uruguay.

- Código de la Niñez y Adolescencia (2004) Montevideo: Ediciones del foro.
- Convención sobre los Derechos del Niño (1995), UNESCO.
- Cunningham, H. (1991) “Los hijos de los pobres. La imagen de la infancia desde el sigloXVII”.
- De León, N y Kakuk, M.J (2013) “*Una disyunción política necesaria: “derechos humanos y salud mental”*”.En De León, N (coord.) Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental. Montevideo: Ediciones Levy.
- Elías, N (1990) *La sociedad de los individuos: ensayos*. Barcelona: Península. 270p
- Galeano, E (1998). “*Patatas para arriba. La escuela del mundo del revés*”. Montevideo: Ediciones del Chanchito.
- Galende, E. (2008) “*Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser*”. Buenos Aires:Lugar editorial.
- Hernández, M y Oliver, L (2015) “*Medicalización: una mirada desde la escuela*”.
- 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.
- Kosik, Karel (1967) “*Dialéctica de lo concreto*”, Capítulos I, II y III. Ed. Grijalbo,México.

- Miguez, María Noel. (2012) *“La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya”* Tesis de doctorado. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- Murillo, Susana (1996) *“El discurso de Foucault: Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno”*. Buenos Aires: Eudeba.
- Patologización de la infancia en Uruguay (2015). Aportes críticos en clave interdisciplinaria / Jorge Bafico ... [et.al.]. - 1a ed. –Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Estudios Sociológicos Editora, -Book.
- Sánchez, L(2011).”*Medicalizando cuerpos, ¿restringiendo futuros?*”Tesis de Grado. UdelaR. Montevideo, Uruguay.
- Skliar, C(2000) *“La invención de la alteridad deficiente desde los significados de la normalidad”*.
- Stolkiner, A (2012) *“Infancia y medicalización en la era de “la salud perfecta”*. Propuesta Educativa Número 37 – Año 21 – Jun. 2012 – Vol 1 – Págs 28 a 38
- Taberna, D (2013) *“Una infancia definida por el sufrimiento mental y la medicalización de lo social”* .Estudio analítico-reflexivo de una situación singular. Tesis de grado. Montevideo: UdelaR
- Vitette, Virginia (2008) *“Medicación con reguladores del carácter en niños y niñas del Uruguay. “Una pastilla antes de la escuela nos cambia la vida en el aula”* Tesis de grado. Montevideo: UdelaR

Fuentes Documentales

- <http://malestaresenlainfancia.com/infancia/index.php/sugerencias-bibliograficas-y-links/64-la-maquinaria-medicalizadora-y-patologizadora>.
- <http://www.topia.com.ar/articulos/ni%C3%B1os-y-medicalizaci%C3%B3n-infancia>.
- <http://www.topia.com.ar/articulos/ni%C3%B1os-y-medicalizaci%C3%B3n-infancia>