



**La potencia de los cuerpos con psicofármacos:
Adolescentes en hogares de protección de tiempo completo.**

Para optar al título de Magíster en Psicología Social

Autora: Lic. Andrea Morteo

Director de Tesis: Prof. Adj. Mag. Adriana Molas

Director Académico: Prof. Adj. Mag. Jorge Chavez Bidart

Montevideo, Abril de 2015.

*A Guille, por invitarnos a
despertar juntos nuestra mejor versión.*

Resumen

La presente investigación, estudia el fenómeno de la prescripción y el consumo de psicofármacos en los centros de protección integral de tiempo completo para adolescentes, en Montevideo. Se parte del supuesto que el dispositivo de atención del centro de protección de tiempo completo, incluye a la intervención psiquiátrica como parte de su estrategia naturalizada para la población adolescente. Para ello, el estudio propone problematizar algunos funcionamientos cotidianos de estos centros, donde se solicita el dispositivo psiquiátrico.

Se utiliza una metodología cartográfica, con un diseño mixto. Se analizan entrevistas a educadores, directores de centros, psicólogos, psiquiatras y jóvenes egresados de centros de protección de tiempo completo.

Se aborda a partir del análisis crítico de tres ejes temáticos: la adolescencia como construcción social, diferenciada de la infancia. Como segundo eje, se analiza el *abandono* o la institucionalización por vulneración de derechos. Asimismo, se aborda la noción de locura, junto a los fenómenos de psiquiatrización y medicalización de las sociedades contemporáneas; junto a los impactos producidos por la instalación en el mercado de las multinacionales farmacéuticas.

Como resultado, se estima que un 46,6% de jóvenes se encuentran en tratamiento psiquiátrico en estos centros, en contraste a otras investigaciones que arrojan un 30% de la infancia uruguaya medicada con psicofármacos.

Cualitativamente, se concluye que la intervención psiquiátrica se remite fundamentalmente a la prescripción de psicofármacos, en contraposición a otras intervenciones terapéuticas. Asimismo, su intervención generalizada para la población que atiende, se fundamenta en un enfoque preventivo que opera indiscriminando al joven *abandonado* como un sujeto potencialmente *peligroso*. Por último, desde las cotidianidades de los centros se identifican: procedimientos institucionales aún vigentes que pertenecen a la Doctrina de la Situación Irregular; un funcionamiento cotidiano focalizado en aspectos básicos disciplinares, sin proyecto educativo que lo enmarque.

Palabras Clave: adolescencia, psicofármacos, centros de protección integral

Abstract

This research studies the practice of prescription and consumption of psychotropic drugs in residential shelters for protection of adolescents, in Montevideo. It begins with the assumption that the device of residential shelter for protection, includes the psychiatric intervention as part of its naturalized attending strategy for its particular adolescence. To comprehend this phenomenon, it is proposed to analyze the daily operation of these shelters, where the psychiatric device is requested.

A cartographic methodology is used, with a mixed design. Interviews with educators, principals, psychologists, psychiatrists and young graduates from the residential shelters are analyzed.

This study offers a critical analysis of three different subjects: adolescence as a social construction, different from the social meaning of childhood. The second involves a study, from a socio-historic approach, of the devices for abandoned childcare protection centers. Moreover, meanings of insanity, psychiatrization and medicalization are addressed as a result of contemporary societies, with the impacts regarding the installation market of the pharmaceutical multinationals.

As a result, 46,6% of youths are estimated to be in psychiatric treatment in these centers, in contrast to the 30% of Uruguayan children currently medicated with psychotropic drugs.

Qualitatively, it is concluded that the psychiatric intervention refers mainly to the process of prescription of psychotropic drugs, instead of offering other therapeutic interventions. Moreover, their widespread psychiatric intervention for the population it serves, is based on an advocated preventive detention that operates conceiving the abandoned adolescent as a potentially dangerous person. Finally, from internal operations of these centers are identified: institutional procedures still in force that belongs to the Doctrine of the Irregular Situation; an educative practice focused on disciplinary interventions, without an educational project that contains them.

Keywords: adolescence, psychotropic drugs, full time shelters

Agradecimientos:

En primer lugar, quisiera agradecer a la Comisión Académica de Posgrado, UdelaR que me permitió el financiamiento para culminar el presente trabajo.

...Quiero agradecer al Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología, en particular al Programa de Fundamentos Históricos y Políticos de las Prácticas en Psicología, donde apostaron a la investigación colectiva, a los intercambios, acompañamientos y procesos compartidos.

... A la Universidad Nacional de la Plata, y en particular a la Dra. Ana María Talak por posibilitarme y abrirme las puertas de sus lugares y de sus conocimientos, los cuales enriquecieron y forman parte de este trabajo.

... A Jorge Chávez, por estar en múltiples y enriquecedoras instancias de elaboración de este proceso, y por haberse tomado cuidado de leerla y brindarme sus comentarios. Por último, gracias por apoyarme a generar encuentros académicos que trasciendan a nuestra facultad y al país.

.... Agradecer particularmente a todos aquellos educadores, directores, psicólogos, psiquiatras y fundamentalmente a los adolescentes que comprometidos el colectivo social y con potenciar lo existente, aportaron sus perspectivas y preocupaciones.

.... Doble agradecimiento a aquellos que aparte de compartir sus pareceres, tuvieron la delicadeza de leer y brindarme sus devoluciones, continuando el proceso de pensar juntos...A Juan, Dani y Guille.

....Quisiera agradecer la comprensión y la paciencia de mis compañeras del Liceo 41, en particular a Adriana, Joana, Ana Luisa, Majo, Cristina, Mariza y Silvia.

....A Guille, gracias por la generosidad, el cariño, el cuidado y la intelectualidad compartida.

....A mis amigas por la paciencia, el afecto y la contención: Iva, Ana, Liber, Chiara, Dani, Ceci, Diego. A mi familia, por la tolerancia y el aguante: Cami, Enrique, Mamá, Karen, Yaya, Lore.

....A Adriana Molas, por estar en todo este proceso pensando juntas el qué, el cómo y de qué manera. Gracias por el cariño del acompañamiento y la comprensión; y mi deseo de que este sea solamente un comienzo de muchos otros encuentros potentes.

Tabla de Contenidos

Lista de abreviaturas y siglas.....	8
Entre la institucionalización y la prescripción de psicofármacos.....	10
Diseño metodológico.....	21
Técnicas utilizadas.....	22
Perspectiva de análisis.....	26
Confiabilidad y validación de la investigación.....	28
Recorridos a seguir	30
I- Miradas en torno a la adolescencia, el abandono y la medicalización contemporánea.....	31
1.1 Vidas institucionalizadas en las sociedades gubernamentales.....	32
1.2 Produciendo adolescentes.....	37
1.3 Algunas políticas consecuentes.....	41
1.4 ¿Instituciones que cuidan?.....	43
1.5 Gestiones para incluir los bordes.....	44
1.6 Intervenciones para la infancia abandonada.....	50
1.7 Paradigmas de la Infancia.....	55
1.7.1 El paradigma Tutelar.....	55
1.7.2 El paradigma de la Protección Integral.....	58
1.8 Centros de protección de tiempo completo.....	61
1.9 ¿Qué lugar ocupa el síntoma?.....	64
1.10 Historias para medicalizar.....	67
1.11 Subjetividades medicalizadas.....	70
1.12 Capitalismo Farmacéutico.....	74
II- Diversas temáticas y múltiples narrativas.....	80
2.1 Percepciones cotidianas.....	81
2.1.1 Construyendo equipos de trabajo.....	91
2.1.2 Entre la protección y la privación.....	98
2.2 Trayectorias singulares.....	103
2.2.1 Sus ingresos, traslados y perfiles.....	104
2.2.2 Egresos.....	110
2.2.3 Reparaciones subjetivas.....	113

2.3 Sistema de atención en salud mental.....	118
2.3.1 Primeras intervenciones psiquiátricas.....	122
2.3.2 Seguimientos posibles.....	128
2.4 Psicofármacos en los hogares de protección.....	135
2.4.1 Resistencias reguladas.....	143
2.4.2 Excepciones regulares.....	147
III- Devenir adolescente en un centro de tiempo completo.....	151
IV- De cierres y aperturas	165
Líneas abiertas.....	170
V- Referencias bibliográficas.....	172
Apéndice I.....	180
Apéndice II.....	183

Índice de cuadros

Cuadro I. Descripción de personas entrevistadas.....	80
Cuadro II. Porcentaje en tratamiento psiquiátrico, discriminado por hogar.....	120
Cuadro III. Organigrama Institucional de INAU.....	180

Lista de abreviaturas y siglas

- ANEP: Administración Nacional de Educación Pública.
- APA: American Psychiatric Association.
- API: Centro de Atención Psicosocial, Educativa e Integradora. Centro Especializado en niños y adolescentes, portadores de trastornos mentales. Clínica psiquiátrica privada donde INAU realiza la mayoría de sus internaciones a NNA.
- ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado.
- CEPM: Crisis de Excitación Psico-Motriz. Constituye motivo de solicitud del servicio de psiquiatría, sea de guardia o para internación en clínica API Los Robles.
- CHPR: Centro Hospitalario Pereira Rossell.
- CIDN: Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.
- CNA: Código de la Niñez y la Adolescencia. Ley N° 17.823.
- CONICET: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina.
- DED: División Estudio y Derivación. Para su descripción, ver Apéndice 1.
- DSM: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM), elaborado por la American Psychiatric Association, 2002.
- ECSCC: Escuelas de Contexto Socio Cultural Crítico. Programa de ANEP.
- FDA: Food and Drug Administration. Agente de EEUU para el registro de comida y administración de estupefacientes para la habilitación a su comercialización.
- IMAO: Tipo de antidepresivo, inhibidor de monoaminoxidasa.
- INAME: Instituto Nacional del Menor.
- INAU: Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay.
- ISRS: Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. Utilizado como antidepresivo.
- JIFE: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.
- JND: Junta Nacional de Drogas.
- MAXQDA: Qualitative Data Analysis Software.
- MIDES: Ministerio de Desarrollo Social.
- MIN: Ministerio del Interior.
- MSP: Ministerio de Salud Pública.
- NNA: Niños, Niñas y Adolescentes.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- ONG: Organización No Gubernamental.
- ONU: Organización de las Naciones Unidas.
- PAI: Proyecto de Atención Individual.

SAP: Servicio de Atención Psicológica, INAU.

SIRPA: Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente.

SNA: Salida No Acordada.

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

UBA: Universidad de Buenos Aires.

UdelaR: Universidad de la República.

UFRJ: Universidad Federal de Rio de Janeiro.

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund / Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia.

Entre la institucionalización y la prescripción de psicofármacos

La presente investigación ha partido de sucesivas experiencias laborales que desempeñé hace ya algún tiempo: tres años como educadora en un centro de protección de tiempo completo de adolescentes varones y otros dos como psicóloga, en otro hogar donde permanecían niñas y adolescentes mujeres. Sus institucionalizaciones, respondían generalmente a vulneraciones socio-económicas, y a situaciones de violencia generacional y de género; lo cual coincide con el antecedente relevado que define a estas situaciones como las principales causas de internación de los centros de protección (López & Palummo, 2013). Junto a varios compañeros, considerábamos necesario poder pensar en torno al vínculo entre los adultos cuidadores y los adolescentes a cargo; así como también problematizar sobre el tipo de atención que estábamos brindando. El mantenimiento de estos espacios de reflexión se sostuvo a elevados costos, difíciles de perpetuarlos en el tiempo. Las condiciones institucionales, laborales y los paradigmas de infancia vigentes, impedían la creación de un tiempo para pensar en medio de un cotidiano que avasalla y demanda un cuerpo en permanente intervención. En esos centros, el día a día constituye el lugar privilegiado de intervención con sus adolescentes: es desde allí que se reflexiona, se crea y se materializa; y por lo tanto, sus potencialidades son siempre acontecimientos cotidianos.

En estos centros, he podido vivenciar diversas situaciones que fundamentaban la atención psiquiátrica de sus adolescentes amparados por razones de *salud mental*, entendida generalmente como producto de las situaciones previas vividas en sus núcleos familiares. Sin embargo, en mí se conformaban planos de insistencia que demandaban analizar los momentos cotidianos donde se fundamentaba dicha intervención. Consideraba que los criterios de salud mental así establecidos, operaban invisibilizando el cuestionamiento al dispositivo de atención de un centro de protección de tiempo completo¹. Parto del supuesto que el funcionamiento del hogar contempla al dispositivo psiquiátrico como parte de su estrategia de intervención naturalizada sobre una determinada infancia y adolescencia. Esta investigación resulta entonces del análisis del dispositivo del centro de protección en su cruce con su servicio de atención psiquiátrica; considerando que para analizar este plano, se debe partir de las cotidianidades que los demandan y fundamentan.

1 En este trabajo, nos referiremos indistintamente a los Centros de Atención Integral en modalidad de Tiempo Completo como hogares, hogares de amparo, hogares de permanencia, centros, centros de protección e internados. Cualquiera de estas nominaciones son actualmente utilizadas coloquialmente por sus actores y se utilizan en este trabajo con el fin de agilizar la lectura.

El posicionamiento teórico y político de esta investigación comprende en primer lugar, a la adolescencia como una construcción social, histórica e institucional que toma forma en determinadas subjetividades contemporáneas (Chaves, 2010; Duschatzky & Corea, 2009). Por otra parte, postula una necesidad de pensar a los centros de protección de tiempo completo, como el dispositivo y la red donde confluyen una diversidad de políticas estatales, dirigidas a la producción gubernamental de una determinada infancia y adolescencia (Foucault, 2002, 2011). En este sentido, esta investigación entiende a la producción de conocimiento como una toma de posición política que se genera desde sus microrrelaciones; es decir, desde las dimensiones micropolíticas de las relaciones de poder (Passos, Kastrup, & da Escóssia, 2009). En consecuencia, la presente investigación procura comprender y describir las prácticas que confluyen en el funcionamiento cotidiano de los hogares, relacionándolas con el lugar social del adolescente institucionalizado, focalizando a su vez en el fenómeno de psiquiatrización y medicalización que lo atraviesa.

Uruguay tiene al 2011, aproximadamente 946.458 niños, niñas y adolescentes (en adelante NNA), dentro de los cuales 400 mil se encuentran por debajo de la línea de pobreza². Además, la institucionalización³ constituye una de las principales respuestas que el sistema actual estatal le brinda a los NNA en situación de vulneración de derechos; manteniendo el índice más alto de institucionalización de la región: en el 2012 existen en el país 409 niños institucionalizados cada 10mil, en comparación a Chile como el siguiente país, que mantiene casi la mitad de nuestra población institucionalizada -221 cada 10mil- (Comité de los Derechos del niño, 2014). Además, los niveles de internación por situaciones de vulneración de derechos continúan estables: en el informe presupuestal para el último quinquenio del Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay (en adelante INAU), se reconoce que pese a los cambios realizados por la ratificación de Uruguay a la Convención Internacional de los Derechos del Niño (en adelante CIDN), se muestra una tendencia constante de atención en esta modalidad a una población entre 3000 y 3500 personas (INAU, 2009).

No obstante, varios estudios académicos problematizan sobre la necesidad de minimizar la duración de la internación en estos centros, debido a las consecuencias negativas que trae la institucionalización de los NNA durante largos períodos de tiempo en relación a otros tipos de

2 Este dato surge del cálculo entre la población total censada al 2011 por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2011), y el porcentaje de menores de 18 años -28,8%- arrojado por UNICEF (2014). Los menores de 18 años constituyen además el 57,1% de los indigentes y el 43,8% del total de pobres en Uruguay (UNICEF, 2007).

3 En la presente tesis nos referimos a la institucionalización a la práctica de ingresar en un centro de protección de tiempo completo por vulneración de derechos a un niño, niña o adolescente, sea por voluntad propia del joven o por resolución judicial.

formatos que perpetúen el modelo familiar. Destacan en este sentido una mayor probabilidad de sufrir violencia y abuso sexual que en otros lugares (López & Palummo, 2013; Pinheiro, 2006), como también carencias en el estímulo afectivo para el desarrollo esperable, producto de la distancia afectiva en el vínculo con el personal asalariado encargado de su atención (López & Palummo, 2013). Asimismo, parecen existir grandes diferencias en los NNA que se han desarrollado institucionalizados, tanto en el desarrollo físico y cognitivo como en una menor capacidad de desenvolverse socialmente (López & Palummo, 2013). Otras investigaciones, mencionan la reducción de los vínculos sociales como producto de su institucionalización, lo cual repercute en pobres procesos emancipatorios necesarios para su autonomía al egresar por mayoría de edad (Dominguez & Silva Balerio, 2014). Coherentemente con estos criterios, la CIDN propone la excepcionalidad de la internación y la minimización de su duración, en procura de desarrollar otras estrategias de fortalecimiento familiar (UNICEF, 1989).

El INAU como institucionalidad reformada en respuesta al Paradigma de Protección Integral ratificado⁴, desarrolló diversas modificaciones institucionales que enumeraremos a continuación. En primer lugar, se promovió una política de descentralización de manera de fomentar una participación ciudadana más activa y una territorialización en coordinación con otras instituciones (Ministerio de Desarrollo Social -MIDES-, Ministerio del Interior -MIN-, Administración Nacional de Educación Pública -ANEP-, Trabajo en Redes, Organizaciones No Gubernamentales -ONG-, etc.). Se focalizó en un enfoque preventivo, creándose la División Técnica de Psicología y proponiendo una mayor articulación entre sus divisiones (INAU, 2006). La División de Protección Integral a Niños, Niñas y Adolescentes, adonde pertenecen todos los centros de atención integral oficiales, aparece como la división que más modificaciones debía hacer, focalizando en la apertura de nuevos centros, hogares de niños pequeños y convirtiendo a todos los hogares como centros estables de permanencia⁵. Además, se contrataron nuevos educadores con formaciones en la temática educativa y se repararon los centros residenciales que estaban en deficientes condiciones. En 2009 se aprobó la ley 18.590, la cual redujo en su marco jurídico la permanencia

4 Uruguay ratificó en 1990 la Convención de los Derechos del Niño (UNICEF, 1989), aunque fue recién en el 2004 que se crea el Código de la Niñez y la Adolescencia en el marco del Paradigma de Protección Integral, con la Ley 17.823. Su Artículo N° 68, modificó el Instituto Nacional del Menor (INAME) para dar paso al Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU). El Instituto, se define como el órgano administrativo y rector de las políticas sociales de infancia y adolescencia en el Uruguay actual. La ratificación de Uruguay a esta concepción sobre la infancia como sujeto de derechos, supone la modificación institucional correspondiente para garantizar el pasaje de políticas públicas que lo acompañen.

5 Anteriormente, los hogares de amparo eran divididos entre “Hogares de Ingreso” y “de Permanencia”. Un ingreso en consecuencia suponía un pasaje por el ahora llamado División Estudio y Derivación (en adelante DED), para ser derivado a un hogar de ingreso, para luego trasladarlo a otro “hogar de permanencia”. Transformando a todos los centros como “centros de permanencia”, se minimiza este tránsito siendo derivados directamente a un hogar estable.

de niños menores de siete años en hogares de protección de tiempo completo. En consecuencia, en 2012 se aprueba el Reglamento de Acogimiento Familiar (INAU, 2012) lo cual introdujo importantes cambios -aún en desarrollo- en materia de amparo. En consonancia, se definió abrir 144 centros de atención de tiempo parcial para la primera infancia en todo el país, estimando con esto reducir en un 75% la cantidad de niños de 0-7 años atendidos desde la modalidad de tiempo completo (INAU, 2009). La atención en primera infancia es definida como una de sus políticas prioritarias, en el marco de una estrategia de fortalecimiento familiar (Ferrari, Couso, & Cillero, 2002). Al 2009 se destaca la cobertura de casi el 80% de la atención a niños menores de 5 años (43.865 atendidos); y para la edad escolar los “Clubes de Niños” triplican sus cupos previstos (atendiendo 13.164). Cualquiera de estas modalidades apunta al fortalecimiento de la atención de tiempo parcial fundamentado en un intento preventivo de minimizar la institucionalización, a la vez que fortalece las franjas infantiles más vulnerables por situación de pobreza -afectando principalmente a los menores de 6 años-.

Respecto de la adolescencia, se menciona en su reorganización institucional la necesidad de especialización en la temática, aunque no apareció retomado en otros documentos posteriores (INAU, 2006). En 2009, se define aumentar los cupos previstos de atención en tiempo parcial en los Centros Juveniles de 200 a 309, teniendo en total atendidos 9.960 -de los cuales 1.273 son adultos que poseen algún tipo de discapacidad- (INAU, 2009). En el quinquenio 2009-2014, para esta franja se aumenta el cupo de las becas laborales orientadas a apoyar los procesos de autonomía (INAU, 2009). Estas políticas sin embargo, abarcan a la totalidad de la adolescencia uruguaya, que no necesariamente permanece en un centro de protección de tiempo completo. Para los adolescentes institucionalizados en tiempo completo, las políticas juveniles de la última década que han cobrado mayor notoriedad se corresponden a los jóvenes en conflicto con la ley, y a las condiciones de los hogares con medidas de seguridad que los albergan. Eduardo Morás (2012), ha descrito el proceso por el cual en épocas de bonanza económica las situaciones de pobreza, mendicidad y abandono son leídas como incivildades y comportamientos enajenados, lo cual repercute en un endurecimiento de la autoridad. Este mecanismo ha convertido las complejidades de los conflictos sociales en un restringido asunto de desadaptación social y criminalidad; siendo una perspectiva que se aplica específicamente a los jóvenes y adolescentes (Morás, 2012, pp. 10–11). Este proceso de criminalización, comprende la capacidad progresiva de asociar determinadas conductas -recreativas, educativas, en espacios públicos- para ser punidas (Morás, 2012); y se acentúan en un imaginario en el que ubican a la infancia y la adolescencia como las causantes de la violencia social (Pedernera, 2011). En este sentido, han sido desarrollados y aumentados los dispositivos de violencia estatal que procuran controlar a los

peligrosos que amenazan el desarrollo de la vida cotidiana, construyendo al adolescente como el criminal objetivo. En consecuencia, durante esta década las políticas de seguridad han acentuado su carácter represivo⁶, operando aún con mecanismos que podríamos ubicar bajo la lógica del paradigma tutelar (Morás, 2012). En este sentido, en este último quinquenio se proyectó en torno al Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente, cuatro iniciativas aún en desarrollo que dan cuenta de una priorización en su política, creando al menos 100 nuevos lugares y 8 nuevos equipos de trabajo para la aplicación de medidas alternativas a la privación de libertad en todo el Uruguay (INAU, 2009).

Por consiguiente, la modalidad de atención de centros de protección de tiempo completo, parece haber quedado en un “entre” políticas prioritarias. Al considerarse estos espacios como perjudiciales y potencialmente dañinos para los NNA, las estrategias han sido procurar otros espacios novedosos en contextos familiares que los vayan sustituyendo. Y si bien la “División de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia”⁷ se proyectó como una de las divisiones que más modificaciones debía promover, no hay menciones a posibles cambios en el tipo de funcionamiento interno de estos centros (INAU, 2006). Conservando establemente los más altos niveles de NNA institucionalizados de la región, resulta necesario un análisis sobre su tipo de funcionamiento y las prácticas cotidianas que allí se producen.

De manera que los adolescentes, a pesar de constituir la mitad de la población total atendida en proyectos de protección de tiempo completo (Domínguez & Silva Balerio, 2014), parecen quedar en un doble vacío prioritario, tanto por su dispositivo de atención, como por la etapa vital en la que se encuentran. Es necesario comprender que los lugares simbólicos que la sociedad le otorga a sus distintos actores, constituyen la posibilidad de desarrollo de ser de los mismos (Chaves, 2010). Por lo tanto, en esta escritura la adolescencia o juventud será reivindicada como una nueva oportunidad de resignificar y de adquirir nuevos desarrollos emancipadores y potentes (Bustelo, 2007).

Ahora bien, este estudio mapea el cruce del dispositivo del centro de protección de tiempo completo en la especificidad del fenómeno de la prescripción y el consumo de psicofármacos. Para esto, debemos comprender a la medicalización como un fenómeno que se instaura en el marco del capitalismo contemporáneo, a partir de un proceso de normalización y disciplinamiento

6 Entre las principales y recientes: se mantienen los antecedentes de infractores, se penalizó el hurto en el grado de tentativa, se establecieron penas mínimas de privación de libertad para delitos graves y se intentaron duplicar los máximos en las penas para determinados delitos (Morás, 2012, p. 15)

7 Para una comprensión institucional del organigrama de INAU, ver Apéndice 1.

de la sociedad (Barrán, 1999; Carpintero, 2011). Actualmente este fenómeno alcanza niveles cada vez más amplios, estimándose en Estados Unidos un 10% de niños mayores de 6 años que toma antidepresivos, adhiriendo a ese número una nueva generación de antipsicóticos con los principales lugares de ventas (Frances, 2014). En ese país, también un 10% de los niños de 10 años toman diariamente psicofármacos por el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (en adelante TDAH), el cual se define como uno de los criterios diagnósticos con mayor crecimiento exponencial (Frances, 2014). Además, de acuerdo a una investigación realizada en Rutgers University, las familias de bajos ingresos tienen 4 veces más probabilidades de ser prescritas con antipsicóticos para sus NNA (Angell, 2011b). En consonancia, Andrea Bielli (2012) en su tesis doctoral acerca del uso de los antidepresivos, destaca a los menores de 18 años como una franja donde se multiplicó un 103% el consumo de ISRS⁸ en el año 2000, tendencia que incluía además antipsicóticos y otros estimulantes.

Ante este escenario, varios organismos internacionales comenzaron a expedirse en torno a la temática. En 1998 la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacentes (en adelante JIFE) instó a todos los miembros de la ONU a brindar vigilancias estrictas y así impedir el diagnóstico excesivo de TDAH en niños y el tratamiento injustificado con metilfenidato y otros estimulantes. Además, expresó su preocupación en el uso de esta droga sin tener en cuenta el riesgo inherente de uso indebido y la posible narcodependencia consecuente (JIFE, 1998). Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud en su informe correspondiente al período 2002-2003, exhortó al uso responsable de la administración de los medicamentos tanto a los pacientes como a los profesionales, haciendo alusión a que existía un uso indebido del mismo (OMS, 2003).

A partir de estas declaraciones internacionales, desde el Observatorio del Sistema Judicial de Uruguay, el abogado Javier Palummo le inicia un juicio al Ministerio de Salud Pública (en adelante MSP) de manera que brinde los datos acerca de los niveles de importación de metilfenidato en Uruguay (Palummo, 2009). Después de negativas institucionales y de juicios consecuentes, el MSP es obligado a proporcionarlos y a formar un registro -hasta ese momento inexistente- para crear una política al respecto. Se relevó con esta información un crecimiento exponencial en la importación de la droga en Uruguay, pasándose de una importación de 900 gramos en 2001, a 8.764,5 gramos en 2008, después de un pico de 19.026 gramos importados en el 2007. El Observatorio concluye que existe un crecimiento exponencial de la importación de la droga a partir del 2002, relacionándolo con la grave crisis socioeconómica que atravesó el país (Palummo,

8 Los ISRS son los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, utilizado generalmente como antidepresivo. Si bien el dato corresponde al aumento en las ventas en EEUU, se incluía a la Argentina y a Latinoamérica asistiendo al incremento de este tipo de droga legal (Bielli, 2012).

2009); lo cual refuerza la perspectiva de otras investigaciones regionales donde se asocia una mayor medicalización ante situaciones de exclusión social (Angell, 2011b; Cannellotto & Luchtenberg, 2010). Dentro de los aportes relevados del MSP, se evidenció que el 30% de las recetas de esta droga es prescrita por médicos no psiquiatras. Como consecuencia de estos juicios, los niveles de importación de esta droga bajaron al año siguiente para luego volver a incrementarse (Acosta & Scharf, 2014). De acuerdo a una publicación de 2014, en 2010 se importaron 23.591,38 gramos; en 2011: 16.693,7; en 2012: 22.327,7 y en 2013: 10.857,6 gramos; lo cual evidencia un continuo en la importación de la droga a pesar de su descenso del 2008 (Acosta & Scharf, 2014).

No obstante, otra investigación realizada en 2006 del grupo de investigación “Grupos de Estudio sobre Discapacidad” de la Facultad de Ciencias Sociales de la UdelaR, revela que la medicación abusiva no solamente se producía con Metilfenidato sino también con otros psicofármacos como Valcote (antiepiléptico) y Risperidona (antipsicótico), principalmente cuando mermaba la accesibilidad de la primera. Más aún, la población a la cual rápidamente se le modificaba el psicofármaco prescripto correspondía a la más vulnerable económica y simbólicamente (Míguez Passada, 2012). Consecuentemente, la investigación doctoral de la Dra. Míguez en la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, estudia los niveles de consumo de psicofármacos en la infancia⁹ uruguaya, comparando colegios privados con las llamadas Escuelas de Contexto Socio Cultural Crítico (en adelante ECSCC), tanto de Montevideo como del interior. Si bien las cantidades de consumo de psicofármacos no adquieren mayores diferencias según la clase social, el tipo de medicación y el tipo de terapéutica ofrecida varía sustancialmente. En las clases acomodadas los niños suelen ser medicados principalmente con Metilfenidato (droga que según ese estudio, no deja residuos orgánicos a largo plazo) a la vez que mantienen otro tipo de terapéuticas en simultáneo, lo cual contribuye a disminuir el tiempo total de consumo de psicofármacos. A los niños que asisten a las ECSCC, se les prescribía con mayor frecuencia antipsicóticos porque escaseaba dicho fármaco en el sistema de salud pública. Entre otros motivos, esta investigación se realizó al año siguiente del juicio ganado al MSP por los altos niveles de importación injustificada de la droga. Por lo tanto, dentro de sus conclusiones se encuentra que las clases más bajas están recibiendo con mayor frecuencia antipsicóticos y otros fármacos, a la vez que mantienen un menor tiempo en la consulta psiquiátrica y no tienen acceso a otro tipo de intervenciones terapéuticas, como las psicológicas. Esta investigación arrojó que un 30% de la infancia consume psicofármacos prescritos por psiquiatras o médicos generales, comparándolo

9 La infancia en este estudio comprende la edad escolar y los adolescentes que aún se encontraran concurriendo a la escuela (Míguez Passada, 2012). Si bien no comprende específicamente a la adolescencia, es el único estudio relevado que ha estudiado el fenómeno de manera nacional en el Uruguay en los últimos años.

con niveles internacionales del 5% por TDAH más un 2% de depresión infantil y otras patologías (Míguez Passada, 2012).

En la entrevista mantenida con la directora de División Salud de INAU Psiquiatra Mónica Silva, se visualiza una diferencia conceptual con este antecedente tomado para la presente investigación. Para la jerarca, los niveles de diagnósticos no difieren de otros países con similares cantidad de médicos per cápita y ese fenómeno lo atribuye a la posibilidad del diagnóstico oportuno y con ello a una mejora de la calidad de vida por una atención oportuna. Su explicación la produce a partir de una historización que a su criterio, va desprendiéndose de las teorías científicas que inicialmente trabajaban los aspectos vinculares familiares, hacia un enfoque neurobiológico, genético y congénito de la psicopatología actual. Sin embargo, el sociólogo Nikolas Rose (2012) en su conferencia titulada “Gobernar la conducta en la época del cerebro”, cuestiona la lógica preventiva que sustenta este tipo de intervenciones, en tanto actúan sobre algo que no necesariamente ocurrirá en el futuro, ya que el desarrollo del sujeto no es lineal ni absolutamente previsible. En este sentido, la lógica preventiva farmacológica opera como una forma de gobernar las conductas más que como prevención de una patología determinada (Rose, 2012). Como exponemos en el marco teórico además, esta perspectiva propone una psiquiatrización que contempla un análisis cada vez más abarcativo de la vida del sujeto (Frances, 2014). De todas formas, resulta necesario destacar esta perspectiva como aquella que opera desde la gestión de División Salud de INAU. Se puede relacionar consecuentemente, que el INAU realiza la segunda mayor compra nacional de psicofármacos en el 2010 después de ASSE (principalmente por sedantes, antidepresivos y antipsicóticos), registrado ante el Ministerio de Economía y Finanzas, por medio de la Unidad Centralizada de Adquisiciones (Acosta & Scharf, 2014). Esta compra corresponde para toda la población atendida por el Instituto en División Salud, la cual incluye diversos proyectos: hogares especiales, Medio Camino, centros de Tiempo Parcial, Privación de Libertad y hogares de protección. De acuerdo a la información recabada, en 2013 más de la mitad de recetas expedidas por médicos de División Salud corresponde a psicofármacos, gastando más de 3 millones de pesos en este tipo de intervenciones (Acosta & Scharf, 2014).

Si bien no se hallaron datos de antecedentes que estudien el nivel de consumo de psicofármacos en centros de protección en Uruguay, existen investigaciones que analizan este tipo de atención en hogares con medidas de seguridad de INAU para adolescentes. Después de 10 años de informes del Comité de los Derechos del Niño donde se manifiesta preocupación por los niveles de consumo alcanzados, Sottas fue enviado por la Organización Mundial contra la Tortura en 2008 a visitar los centros de reclusión de menores (Acosta & Scharf, 2014; Comité de los Derechos del

niño, 2014). A partir de allí, exhortó a controlar minuciosamente la administración de psicofármacos y manifestó que el sentido de su uso se corresponde fundamentalmente a poder tolerar la institución que los contiene (Acosta & Scharf, 2014). En consonancia a esta perspectiva, en el 2008 el Observatorio del Sistema Judicial denunció que en estos centros, un 63% de los jóvenes consumían psicofármacos principalmente para conciliar el sueño (Acosta & Scharf, 2014). En 2010, otro relevamiento del Observatorio arroja un 64% de adolescentes que mantiene tratamiento psiquiátrico con psicofármacos (Acosta & Scharf, 2014). Como vemos, el porcentaje pareciera mantenerse estable a pesar de las recomendaciones internacionales al respecto.

Al año siguiente, Manfred Nowak como el relator de la ONU, llama la atención sobre el suministro de sedantes en estos hogares con medidas de seguridad, a la vez que se registran denuncias judiciales en el Hogar Desafío¹⁰ por parte de un grupo de madres de jóvenes internados (“Madres de Internos denuncian malos tratos y sobremedicación en el INAU,” 2009). En el 2012, la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH) a través del nuevo relator de la ONU Juan Méndez, manifiestan preocupación por el alto porcentaje de adolescentes que consumen psicofármacos en la Colonia Berro¹¹ (Acosta & Scharf, 2014). Las autoridades de INAU han desmentido estas observaciones, pero sin presentar datos que contradigan lo expuesto; atribuyendo a lo difícil del establecimiento de otro tipo de trabajo terapéutico por su edad (de ser *adolescente*) y por sus “condiciones” (Acosta & Scharf, 2014). Al preguntarle a la jerarca de División Salud si considera que la angustia se corresponde a las condiciones en las que se encuentran viviendo estos jóvenes privados de libertad, prefiere no opinar y aduce que tampoco hay formación de los educadores para tratar con “pacientes psiquiátricos” (Acosta & Scharf, 2014). Esta ambivalencia conceptual, no culmina de adjudicar si estos jóvenes son tratados reactivamente a su situación de encierro o si se constituyen como pacientes psiquiátricos merecedores de una formación especializada de sus educadores; y veremos en el recorrido de esta investigación cómo esta ambigüedad conceptual se introduce en la mayoría de las intervenciones realizadas con los adolescentes institucionalizados, tanto en hogares con medidas de seguridad como también en aquellos hogares de protección.

En otro orden, existe una denuncia realizada por el Comité de los Derechos del niño en marzo de 2014, donde indica la existencia de medicación excesiva en el Centro de Reclusión Femenino. Esta denuncia se desprende además de la investigación de la Dra. López sobre el encierro de las mujeres menores de edad, relacionando el disciplinamiento con una perspectiva de género y de

10 Hogar con medidas de seguridad de INAU

11 Establecimiento de privación de libertad para menores de edad que aglomera varios hogares con medidas de seguridad.

psiquiatrización de las conductas anormales en el ámbito judicial (López Gallego, 2011). Dentro de las conclusiones arribadas, le otorga a las clínicas psiquiátricas el sentido de operar como escape de sus centros de reclusión. En esta ponencia, manifiesta que los usos más extendidos de la psiquiatría en estos centros se desprende por su condición de encierro o por una situación de consumo problemático de sustancias. En estos centros, la mayor demanda psiquiátrica es de sedación por alteraciones comportamentales (López Gallego, 2011). Es interesante visualizar cómo aunque los profesionales toman conocimiento del síntoma como manifestación reactiva a su situación de permanencia, el síntoma existe y por tanto es pasible de ser medicado. Sin embargo, cabe cuestionarse si este tipo de terapéutica no culmina redundando en perpetuar las mismas condiciones indeseables e insalubres de encierro, acallando el síntoma que lo “denuncia” (Galende, 2008).

Por otra parte, de esa investigación se desprende que los psicólogos que trabajaban en el Centro de Reclusión femenino manifestaron una gran demanda institucional de establecer diagnósticos y no intervenciones terapéuticas (López Gallego, 2011). Los criterios diagnósticos obtenidos se corresponden fundamentalmente al Trastorno Antisocial de la Personalidad¹² (American Psychiatric Association, 2002); el cual anuda con los criterios psiquiátricos mencionados anteriormente y con la terapéutica ofrecida, ya que solamente se interviene con psicofármacos por no mantener ninguna posibilidad de adhesión terapéutica -por criterios diagnósticos-. Asimismo, las percepciones relevadas en la etnografía realizada por los antropólogos Fraiman y Rossal sobre las trayectorias institucionales de jóvenes en situación de calle, evidencian la creencia de funcionarios y técnicos de la institución, que consideran que la mayoría de los niños que viven en situación de calle, son *psiquiátricos* (Fraiman & Rossal, 2011). Esta condición, pareciera también impedir cualquier terapéutica posible: coloca el malestar afuera, el sujeto deviene paciente y anula cualquier potencia de cambio.

Como último punto, sobre fines del 2013 UNICEF realizó un informe mencionando la falta de datos para el estudio del consumo de psicofármacos, en aquellos NNA que son custodiados por el INAU pero sin medidas de seguridad; los cuales eran a diciembre del 2013, 3994 (Comité de los Derechos del niño, 2014). Resta entonces indagar cuáles son las condiciones de psiquiatrización y de consumo de psicofármacos de los centros de protección integral de tiempo completo, entendido necesariamente este fenómeno en un cruce con su funcionamiento cotidiano. Cabe destacar que si bien estos dispositivos varían respecto de los centros con medidas de seguridad

12 Este tipo de Trastorno mantiene en su definición mantener un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás. Se establece que ante la carencia de desarrollo de la empatía y la falta del sentimiento de culpa, comprende una difícil probabilidad de adhesión terapéutica (American Psychiatric Association, 2002).

en términos de libre circulación (aunque veremos que en algunas situaciones esto es relativo), el sistema de atención a la salud institucional comparte el vademécum disponible para su intervención e históricamente también ha compartido a sus técnicos¹³ y educadores de atención directa.

Si bien la presente tesis no pretende generalizar ni universalizar sus conclusiones como modo de encontrar verdades absolutas en su funcionamiento, sí pretende aportar a la deconstrucción de la naturalización de la intervención farmacológica indagando en sus condiciones de producción específicas. Esto implica dejar de concebirla únicamente como una respuesta a una situación de *salud mental* individual del joven; inmersa en un proceso de individualización de la cuestión social (Leopold, 2002). Se trata en definitiva, de singularizar las prácticas cotidianas (psiquiátricas y educativas de los hogares) para obtener un análisis institucional en su forma de producción (Passos et al., 2009). Se delimitó para ello una elección metodológica cartográfica, que procure mapear acerca de las intervenciones y las condiciones de permanencia de los adolescentes en estos centros; exponiendo algunos planos que compongan y produzcan al fenómeno de la prescripción de psicofármacos.

¿Cómo se produce el fenómeno del consumo de psicofármacos en los hogares de amparo de adolescentes en Montevideo?

Para ello, se formularon pistas iniciales a partir de las cuales se mapeó la presente investigación, junto a usuarios y actores que transitaron y aún transitan por esos centros. Para acceder a esa respuesta, se procura indagar lo siguiente:

¿Qué aspectos se ponen en juego para culminar en una indicación de psicofármacos en los centros de protección de tiempo completo para adolescentes en Montevideo?

¿Cuál es la relación entre la consulta psiquiátrica y la indicación de consumo de psicofármacos?

¿Qué percepciones mantienen los propios adolescentes de este proceso?

¿Existen demandas de intervención en salud mental que no sean estrictamente psiquiátricas?

Para el desarrollo de estas preguntas, a continuación se presenta el diseño metodológico empleado.

13 Si bien hoy el SIRPA se escindió institucionalmente del resto de INAU, ha compartido históricamente a sus técnicos y educadores, los cuales pueden trasladarse de una división a otra, sin el establecimiento de diferencias en su criterio de intervención, formación específica u otros cuidados institucionales establecidos.

El diseño metodológico

La metodología seleccionada parte de un posicionamiento político y ético comprometido con la desnaturalización de territorios totalizantes, procurando devenires políticos minoritarios que pudieran emerger desde una investigación que es afectada y que produce afecciones en el mismo proceso (Passos et al., 2009). La perspectiva cartográfica como método de investigación, permite en primer lugar comprender el tema de investigación a partir de diversos planos que emergen como realidades, y que componen al dispositivo de atención de los hogares de amparo (Passos et al., 2009). La realidad desde esta perspectiva se concibe en permanente movimiento y se relaciona con la historia entendida desde la perspectiva de Michel Foucault: como un campo de fuerzas en lucha, donde algunas producciones discursivas son construidas a partir de la objetivación de los aparatos disciplinares, las prácticas de control y de normalización. La normalización disciplinaria para este autor, debemos enmarcarla dentro del juego de relaciones que se produce entre la ley y la norma. La norma opera como un ideal a alcanzar; por lo que delimita *lo normal* y *lo anormal* mediante el acercamiento o lejanía de la misma (Foucault, 2011).

En consecuencia, los aparatos disciplinares generan producciones discursivas que se definen como verdaderas y configuran los discursos hegemónicos (Magalhaes, 2012). Estos procesos investigados los debemos comprender entonces como un sistema de organización de la realidad, donde por medio de procesos socio-históricos y políticos, definen la categoría normal de infancia, de adolescencia y por lo tanto construyen lo esperable a la vez que su desvío. La presente investigación se define entonces desde un posicionamiento político que pretende extrañarse de las naturalizaciones instituidas para aportar un pensamiento crítico y con ello la posibilidad de construcción de líneas de fuga (Passos et al., 2009, p. 11). La psiquiatrización y el mercado capitalista contemporáneo, junto a los procesos de medicalización y de construcción social de la adolescencia, atraviesan a este escenario como parte de un agenciamiento entre teoría-práctica que se produce en un mismo plano de producción. Conforman en definitiva, una red de fuerzas que confluye y configura el dispositivo del centro de protección de tiempo completo. El dispositivo es tomado desde la definición de Michel Foucault, entendido como: *“un conjunto heterogéneo que engloba discursos, instituciones, organizaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. (...) El dispositivo es la red que se puede establecer entre estos elementos”* (Foucault 1979, P. 244).

Esta red, comprende y trasciende a la suma de sus funcionamientos instituidos, a los paradigmas de intervención sobre la infancia y a las percepciones que tenemos sobre la adolescencia, a la vez que incluye a todos aquellos movimientos minoritarios que conforman micropolíticas de intervención (Passos et al., 2009). La cartografía como método “(...) *siempre requiere, para funcionar, procedimientos concretos encarnados en dispositivos*” (Passos et al., 2009, p. 77); por lo que son las prácticas y los procedimientos concretos inmersos en la cotidianidad de los centros, los planos de análisis que configuran su dispositivo de atención y su producción de subjetividad. En este sentido, la cartografía constituye una metodología que procura “*estudiar procesos acompañando movimientos más que aprendiendo estructuras y estados de cosas*” (Passos et al., 2009, p. 8).

-Técnicas utilizadas

La realidad a investigar desde la perspectiva cartográfica, se nos presenta como un “mapa móvil” desde el cual se investiga a partir de *pistas* iniciales -no reglas fijas-, que componen procesos de conocimiento a la vez que producción de subjetividad, a través de los dispositivos de saber-poder (Passos et al., 2009). La técnica privilegiada fue la entrevista, entendiéndola como una experiencia compartida entre entrevistador y entrevistado en el dominio del lenguaje (Tedesco, Sade, & Vieira Caliman, 2013). La investigadora procuró mantener una actitud de apertura a lo que fue aconteciendo, delimitando en el mismo proceso un primer momento de entrevistas preliminares, de vuelta al material y otra etapa sucesiva de entrevistas que fueron emergiendo como necesarias; produciendo heterogéneas perspectivas que componen y construyen a las prácticas de prescripción y consumo de psicofármacos.

Entrevistas Preliminares: Comencé realizando entrevistas preliminares a informantes calificados que dieran su visión experta del tema. Entrevisté a la Dra. en Trabajo Social María Noel Míguez Passada, quien mantiene diversas investigaciones y su tesis doctoral, sobre la medicalización con psicofármacos en la infancia uruguaya actual (Míguez Passada, 2012). Sobre esta temática, aportaron otros expertos argentinos como el Dr. Psic. Enrique Carpintero, autor de varios libros sobre la temática y director de la Revista Topia. Asimismo, entrevisté al Dr. Luis Pedernera como coordinador del Comité de los Derechos del Niño en Uruguay, para aportar su perspectiva sobre la infancia institucionalizada en Uruguay. Por último, entrevisté a la investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina -CONICET-, Dra. Mariana Chaves, perteneciente al laboratorio de Estudios en Cultura y Sociedad de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de la Plata. La Dra. Chaves brindó su visión antropológica sobre

la juventud contemporánea relacionándolas al tipo de políticas públicas implementadas en Argentina, de la cual he tomado algunas nociones que desarrollo en el siguiente capítulo.

Entrevistas en profundidad: Para la selección de los entrevistados, se utilizaron dos criterios: uno intencional o basado en criterios, y otro de conveniencia o estratégico; sustentado a su vez en la accesibilidad de los participantes (Ritchie & Lewis, 2003). Se generó además el criterio de “Bola de Nieve”, posibilitando la conexión entre los actores (Marradi, Archenti, & Piovani, 2007). Se entrevistaron tres jóvenes, tres educadores, dos direcciones de hogares, un psicólogo y dos psiquiatras¹⁴. La diversidad de relatos obtenidos contribuyeron a construir una pluralidad de voces que componen los escenarios institucionales, trascendiendo a sus ejecutores o entrevistados. Se constituye como un agenciamiento colectivo de enunciación, como un discurso indirecto libre que contiene una potencia de creación de sentidos posibles al fenómeno en cuestión (Tedesco et al., 2013). Por lo tanto, en esta investigación no se procura la construcción de un consenso discursivo, sino la emergencia de la pluralidad de voces que desnaturalicen los discursos unificadores y totalizantes.

Para la elaboración del guión de las entrevistas, se manejaron ejes temáticos generales: la cotidianeidad de los hogares, la atención en salud mental y las instancias de prescripción de psicofármacos. Para los adolescentes entrevistados además, se indagó respecto de sus trayectorias singulares: su ingreso a la institución y las valoraciones respecto de la atención recibida en los centros. El manejo cartográfico de la entrevista, implica la variación del método empleado según las necesidades del encuentro puntual. Configura una singularización de la experiencia, por lo que pretende mantener una visión y escucha abierta a las experiencias y emociones vividas de sus actores, promoviendo su reflexión. Se prioriza la experiencia por encima del meta discurso instituido que tienden a generar respuestas “esperables”, por lo que durante estos encuentros se indagaron experiencias puntuales, relatos y emociones respecto de sus propios trayectos en la institución, desde el rol que mantengan. Además, el lenguaje no es pensado en términos representativos de la realidad sino en tanto productor de la misma (Wetherell & Potter, 1988). Desde su inmersión en la experiencia, el lenguaje mantiene una perspectiva que permite el acceso al plano pragmático en toda su extensión (Tedesco et al., 2013); a la vez que el entrevistador presta atención a sus rupturas, sus desvíos y permite comprender los acontecimientos que emergen (Deleuze & Guattari en Tedesco et al., 2013). Se promovió por tanto la apertura al plano colectivo de fuerzas, a su indeterminación y a su potencia creativa (Tedesco et al., 2013, p. 309). Las entrevistas operaron como una investigación-intervención en tanto

¹⁴ En el capítulo 2 se expone un cuadro con los datos específicos de los entrevistados, necesarios para facilitar la comprensión posterior de sus narrativas.

constituyeron encuentros junto a actores (técnicos y de gestión) que aún desarrollan sus trabajos dentro de la institución y con usuarios adolescentes que hayan permanecido durante su adolescencia en los centros y que ya hubieran egresado de INAU (Tedesco et al., 2013). Su egreso fue condición para poder ser entrevistados, en tanto se propuso una instancia de reflexión respecto a lo vivido en los hogares, pero cuidando que actualmente se encontraran en otras condiciones de permanencia.

Tomando el concepto de transversalidad de Guattari, esta investigación se permite la operación de un tiempo de análisis de descripción, de intervenir y de generar efectos de subjetividad durante su ejecución (Passos et al., 2009, p. 26). Durante las entrevistas, todos los actores se mostraron valiosos de poder pensar en torno a la temática, mientras que los adolescentes se manifestaron particularmente potentes, re-significándose como informantes calificados de primera línea. La confianza generada previamente con la investigadora, posibilitó la sinceridad de sus relatos y permitió enunciar aquellas acciones realizadas que son a su vez prohibidas legal o éticamente dentro de la institución; las cuales fueron “validadas” al comprenderlas en sus condiciones de emergencia. Desde esta perspectiva, se procuró indagar la emergencia de acciones minoritarias y resistenciales desarrolladas durante sus trayectorias institucionales (como el tirar la medicación), donde la entrevista pareciera haber operado como un proceso de re-simbolización de lo vivido. Cabe destacar que los jóvenes seleccionados tomaron relativamente “poca” medicación psiquiátrica durante su tránsito institucional -para el promedio que la investigadora observó durante su tránsito en hogares-; pero ello sin embargo no los eximió de la vivencia en torno a la intervención psiquiátrica. Este criterio de selección, se fundamenta en los deterioros que se pudo observar en aquellos adolescentes que consumen cotidianamente dosis, donde se enlentece su capacidad de respuesta y su posibilidad de análisis.

De esta manera, las pistas iniciales las constituyeron los relatos juveniles, para continuar en un segundo momento entrevistando a los educadores. Su selección se fundamentó en que tengan o hayan tenido inserciones en hogares, pero también en otros programas de atención a los adolescentes. Estos otros programas en última instancia, afectan al funcionamiento de los hogares de amparo en tanto posibilitan formas de intervención determinadas. Además, la diferencia de los momentos históricos en que se contrataron a los educadores seleccionados -Consejo del Niño e INAU-, permitió indagar otra tensión que opera en los hogares a la actualidad: la existencia vigente del Paradigma Tutelar en convivencia con el Paradigma de Protección Integral a la interna de los hogares. Las entrevistas pensadas para durar aproximadamente una hora, demandaron entre dos y tres horas cada una. Los educadores demostraron un orgullo

asociado a la denuncia de irregularidades durante las entrevistas; resistiendo a lo instituido, y repercutiendo en una dignificación respecto de la tarea que desempeñan.

Como último conjunto de actores entrevistados, me referí a cargos de jerarcas institucionales para reflexionar junto a ellos determinadas perspectivas relevadas de sus operadores, así como con psicólogos y psiquiatras de atención directa. Asimismo se entrevistó a dos direcciones de hogares, para indagar acerca de sus demandas institucionales para realizar la gestión y las perspectivas de trabajo con su equipo de trabajo y con los adolescentes.

Análisis documental: Como segunda técnica utilizada, se realizó un análisis documental (Andréu Abela, 2001) de las siguientes fuentes secundarias:

-Documentos oficiales de INAU que puedan brindar información respecto de las metas, objetivos y proyectos institucionales (INAU, 2006, 2009).

-Documentos oficiales de INAU que expliciten los requisitos técnicos y formalidades necesarias para gestionar los centros de protección de tiempo completo (INAU, 2002, 2008a, 2008b, 2010, 2012)

-Documentos internos de los centros de protección de tiempo completo de adolescentes: proyectos de trabajo de un centro de los años 2005, 2008, 2009 y 2010 y evaluaciones institucionales de un centro correspondiente a los años 2010 y 2011. Además, se cuenta con un conjunto de registros escritos de supervisiones regulares a un centro, que abarcan desde el año 2003 al 2012; así como también un Reglamento interno realizado en el 2009. Este conjunto de elementos me permitieron visualizar los objetivos de trabajo delimitados al interior de un hogar, así como las valoraciones institucionales realizadas al respecto de sus supervisiones¹⁵.

-Documentos relativos a las internaciones en la clínica psiquiátrica API, para triangular las demandas por internación psiquiátrica con las entrevistas realizadas¹⁶.

Análisis cuantitativo: Se solicitaron y obtuvieron en 2014 informes sobre la cantidad y tipo de prescripción de psicofármacos en los hogares que trabajan enfermeros. Además, por medio de consultas específicas a referentes calificados, se relevaron otros centros durante los meses de diciembre, enero y marzo, tanto oficiales como tercerizados. La pregunta siempre remitió a la

15 Por motivos de confidencialidad y anonimato, no es posible aportar otros datos.

16 Ídem.

cantidad actual de jóvenes que mantenían tratamiento psiquiátrico y psicológico, en comparación a la totalidad de adolescentes que vivían en los centros. Esta interrogante permitió identificar un porcentaje de adolescentes que consumían algún tipo de psicofármacos en un determinado momento, de manera de agregar otro plano de composición al fenómeno. Desde esta mirada cartográfica, las cantidades componen complementariamente a los planos de fuerza emergentes. Todo objeto desde esta perspectiva está compuesto por una multiplicidad de fuerzas, donde la dimensión cuantitativa también lo compone:

“São relações entre quantidades de forças – quantum. E por “força” entendemos ação, poder de transformação. Não a ação de um sujeito ou de uma matéria, mas a ação de uma força sobre a outra, que está no próprio processo de constituição do mundo”

(César, Hebert da Silva, & Gastalho de Bicalho, 2013, p. 363)

La inseparabilidad entre lo cualitativo y lo cuantitativo desde esta metodología, se fundamenta en comprender que cualquier diferencia cuantitativa se corresponde a un análisis de índole cualitativo del fenómeno. Se trata así de componer el problema en niveles cada vez más amplios, pero sin procurar generalización o evidenciar el problema como una *verdad*, sino en tanto ampliación del dispositivo en su análisis (César et al., 2013, p. 369). A modo de ejemplo, una de las diferencias significativas encontradas, remite a la diferencia en el porcentaje de jóvenes bajo tratamiento psiquiátrico en hogares oficiales por encima de los hogares tercerizados (Ver 2.3). El conocimiento generado pretende desenhebrar la red de fuerzas que conecta a la problemática, y que muestra un estado de cosas en permanente movimiento, a partir del estudio de los dispositivos de intervención. Por lo tanto, en el análisis de las producciones discursivas, tanto escritas como orales, se producen:

“Nuevos regímenes de enunciación... Líneas de decibilidad que se entrecruzan con líneas de poder y se transforman en líneas de subjetivación...acompañamiento de las líneas que se trazan, marcar los puntos de ruptura...analizar los cruzamientos de esas líneas diversas que funcionan al mismo tiempo” (Passos et al., 2009, p. 90).

-Perspectiva de análisis

Estas producciones narrativas se analizaron desde la creación de categorías que permitieron ordenar los relatos en significantes que abrieran diversos planos de análisis. Se toma de la técnica del análisis de contenido temático categorial, el trabajo investigativo sobre la práctica de la lengua (Vázquez Sixto, 1996), entendiendo que el estudio del dispositivo se produce a partir del estudio de sus prácticas. La noción de práctica de Michel Foucault es definida como “aquella actividad que

permite fijar líneas de intersección entre el sujeto, la verdad y la historia” (Aranda Brito, n.d.). Todo discurso, principalmente todo discurso de verdad, es considerado como una práctica que debe ser analizada en términos históricos, atendiendo a sus regularidades y sus quiebres. A partir de estas prácticas se constituye el conocimiento, lo cual genera efectos y produce -a partir de su relacionamiento con la verdad- subjetividades determinadas. Es decir, es el mismo sujeto que se construye históricamente a través de prácticas que determinan su posibilidad de acceso a la verdad (Aranda Brito, n.d.).

El análisis de contenido temático categorial nos propone el trabajo sobre las declaraciones manifiestas y directas, sus vinculaciones y los contextos en los que se producen (Andréu Abela, 2001). El contexto se considera como el marco de referencia donde se produce una perspectiva situada. Las unidades de análisis definidas son: los entrevistados, la consulta al material documental y el relevamiento cuantitativo del porcentaje de adolescentes en tratamiento psiquiátrico. A partir de sus relatos, se infieren significados que procuraron ser lo menos interpretativos posibles, pero conservando un nivel que permita el ordenamiento del corpus para su análisis (Andréu Abela, 2001). La codificación realizada, se clasifica como mixta, compuesta de categorías inductiva y deductivas (Vázquez Sixto, 1996). Si bien las categorías fundamentalmente emergieron a partir de los mismos relatos -categorías inductivas-, las deductivas permitieron en otras ocasiones englobar varios enunciados bajo un concepto teórico determinado.

Para su ordenamiento, se utilizó la herramienta MAXQDA¹⁷, diferenciando los relatos según sus roles: diferenciando entre usuarios (jóvenes) y actores (tanto de atención directa como de gestión y técnicos). A su vez, se partió de los relatos adolescentes, concibiéndolos como sujetos de derecho y portavoces principales de su propia experiencia. Sus narrativas, se complementaron con las visiones de los educadores, entendiendo que son éstos los actores que principalmente sostienen y producen su intervención cotidiana con ellos. Estas dos grandes narrativas, fueron trianguladas con otros actores técnicos y jerárquicos, junto a documentos institucionales a los que tuve acceso en el correr de la investigación.

17 MAXQDA es un software utilizado para métodos cualitativos y mixtos de análisis de datos. Mediante esta herramienta, se codifica y se organiza el material de análisis seleccionado. Extraído de: <http://www.maxqda.com/>

-Confiabilidad y validación de la investigación

Los criterios de legitimación, en consonancia con las referencias epistemológicas de esta investigación, garantizan un trabajo performativo más que representativo (Sisto, 2008). Para ello, se tomaron las dimensiones agrupadas por Sisto (2008), de las cuales se destacan:

-La aceptabilidad por parte de la comunidad de investigadores. Para ello, se explicitan los caminos y procesos de investigación sobre las cuales se configura la presente.

-Se explicita el posicionamiento de la perspectiva situada y a la parcialidad que implica el presente conocimiento. El investigador mantiene un compromiso ético y define su imposible neutralidad, explicitando su postura a lo largo del proceso. Además, la metodología cartográfica toma del análisis institucional y del socioanálisis los aportes de Lourau en tanto método de intervención-investigación, incluyendo los procesos inconscientes que atraviesan a los sujetos, componiendo valores, intereses, expectativas y deseos (Passos et al., 2009). En definitiva, éstas son formas que también instituyen a la realidad institucional. La investigación así concebida se produce *junto* a los participantes del proceso. Mi trayectoria laboral personal ha constituido la base sobre la cual fui deviniendo investigadora, al mismo momento que comenzó a formularse el consumo de psicofármacos como un problema institucional; preguntándome por los sentidos que lo componen y por el sentir de los mismos adolescentes destinatarios de dicha intervención.

-La Comunidad como Árbitro de Calidad (Lincoln en Sisto, 2008). Esta dimensión implica que la investigación no sólo debe ser dirigida para el cumplimiento de las leyes de una comunidad científica, sino que debe considerar la voz de sus participantes. Como mencionamos, el guión previo de las entrevistas fue siendo modificado en un permanente ida y vuelta del análisis, generando teoría y reflexión junto a los actores entrevistados. De esta manera, sus guiones se elaboraron en función de la información recabada hasta el momento y del rol que desempeñaban en la Institución. Incluso, fueron contrarrestados sus mismos relatos durante sus entrevistas, para propiciar un espacio de reflexión que enriquezca al análisis.

Además, se propone a los actores involucrados en el proceso de investigación, devoluciones respecto de lo relevado durante sus entrevistas. Este proceso ha sido parcialmente realizado por motivos de plazos, estando actualmente en proceso. Hasta la fecha, educadores y entrevistados en la gestión de los hogares han mostrado sinergia con el análisis relevado, incorporando algunas de sus puntualizaciones a la presente investigación. En este sentido, se propone un espacio de

reflexión crítica que tienda puentes para problematizar los modos de producir y reproducir orden social. Para ello, se proyecta una vez aprobado por la comunidad de pares, la reflexión conjunta con educadores y actores institucionales interesados en la temática, independientemente de su participación previa en el proceso de investigación.

Por último, se triangula la información recabada de los documentos institucionales relevados, con los relatos de los actores y usuarios. El conocimiento generado, se valida entonces en tanto provisorio y en permanente construcción (Sisto, 2008).

Como he desarrollado, para la presente investigación se han tomado diversos conceptos y perspectivas a modo de una caja de herramientas en el sentido foucaultiano. Su escritura, se define como una tarea política, resistencial e inventiva, desde una mirada cartográfica que lo posibilita:

“A chave da política inventiva é a manutenção de uma tensão permanente entre a ação e a problematização. Trata-se de seguir sempre um caminho de vaivém, inventar problemas e produzir soluções, sem abandonar a experimentação.”

(Kastrup, 2007, p. 238)

-Respecto de las consideraciones éticas y deontológicas: Para cumplir con los criterios éticos para la protección de seres humanos que participan como sujetos en procesos de investigación, se definieron procedimientos para el manejo confidencial de la información durante su desarrollo y posterior difusión. Se protege la identidad de los participantes, la confidencialidad de sus relatos y se elaboró una solicitud del consentimiento libre e informado para ser aceptado en la investigación. Asimismo se conservan los documentos internos de los centros relevados, de manera de cuidar la confidencialidad de lo compartido.

Recorridos a seguir

La organización de esta tesis comienza exponiendo el debate teórico-conceptual desarrollado en el capítulo I, el cual se estructura en tres grandes ejes temáticos: la adolescencia como construcción social, los dispositivos de intervención sobre la infancia abandonada -incluyendo los paradigmas de infancia Tutelar y de Protección Integral-; y en tercer lugar, la medicalización y el consumo de psicofármacos actual en el marco de las sociedades contemporáneas. Si bien la presente investigación no se define por ser una investigación de carácter histórico, se realiza una breve contextualización socio-histórica en cada eje descripto, de manera de comprender el escenario actual del cual emergen los dispositivos y sus prácticas.

El capítulo segundo titulado *Diversas temáticas y múltiples narrativas* incluye el análisis de los relatos y documentos recabados, conservando los mismos tres ejes temáticos. Se comienzan describiendo la pluralidad de narrativas en torno a la diversidad de funcionamientos en los centros de protección de tiempo completo de adolescentes. Se continúa en el punto 2.2 en lo que se denomina *Trayectorias singulares*, proponiendo los relatos en torno a los tránsitos institucionales adolescentes. Se continúa en el punto 2.3, con el análisis del sistema de atención en salud mental de INAU, abordando diversos puntos de su funcionamiento; cerrando en el 2.4 con las narrativas vinculantes entre la cotidianeidad de los hogares y la prescripción de psicofármacos.

En el capítulo 3 titulado *Devenir adolescente en un centro de tiempo completo*, se propone la discusión de todos los planos anteriores descriptos, en un cruzamiento entre el funcionamiento institucional y el lugar simbólico del joven “desviado” que habita en un hogar de protección.

El capítulo 4 titulado *De cierres y aperturas*, se realiza un breve resumen de lo relevado, retomándose las preguntas iniciales de investigación. Asimismo, se plantean líneas a investigar que se desprenden del presente proceso, las cuales permanecen abiertas a futuras indagaciones académicas.

I- MIRADAS EN TORNO A LA ADOLESCENCIA, EL ABANDONO Y LA MEDICALIZACIÓN CONTEMPORÁNEA.

Este capítulo comienza diferenciando conceptualmente la infancia, adolescencia y juventud, para poder problematizar lo esperable respecto de la adolescencia¹⁸ *normal*, y a las políticas diseñadas en función de esta delimitación. Si bien como concepto jurídico y normativo, la infancia es definida por la CIDN hasta los 18 años (UNICEF, 1989); se considera necesario diferenciar los usos de la categoría *infancia* respecto de la *adolescencia* para un análisis específico del período de tiempo comprendido entre los 12 y los 18 años, tal como diferencia el INAU a sus centros de protección de tiempo completo¹⁹. Estas distinciones se sustentan en dos aspectos. En primer lugar, la infancia comprende un período de vida donde el nivel de autonomía es potencialmente menor. La CIDN en este sentido, diferencia los alcances de las intervenciones con el principio de “autonomía progresiva” inscripto en su Artículo 5 (UNICEF, 1989), que debería reglar las posibilidades de intervenciones discrecionales por parte del gobierno. Es necesario comprender que los derechos de los NNA deben ser respetados promulgando la decadencia de las protecciones paternalistas (Bustelo, 2007). En consecuencia, es necesario disminuir el nivel de intervención direccionado a medida que avanza la edad del adolescente atendido por el Estado. Esto supone que los tipos de intervenciones y políticas públicas diseñadas para esta franja deberían considerar al adolescente desde una perspectiva progresivamente autónoma que procure una emancipación definitiva como cierre del ciclo, en el pasaje abrupto a la adultez a sus 18 años. En estos casos, el pasaje a la adultez se produce abruptamente junto a la pérdida de las políticas públicas que garantizaban hasta su mayoría de edad, la cobertura de sus necesidades básicas (Dominguez & Silva Balerio, 2014).

Como segundo aspecto distintivo, los sentidos que las culturas otorgan a los grupos de edad producen las condiciones simbólicas de ser y estar en cada uno de ellos (Chaves, 2010). Como iremos desarrollando, fue necesario posicionar al *joven* como categoría de análisis específica a través de diversos autores (Barrán, 2008; Chaves, 2010; Feixa, 1997; Reguillo, 2012), entendiendo que la subjetividad construida es específica y diferente al lugar social de la infancia. Estos espacios sociales a su vez, constituyen la base sobre la cual se diseñan las políticas de atención para ellos, en función de lo esperado socialmente (Chaves, 2010; López & Palummo,

18 Por motivos de escritura, se encuentran utilizados indistintamente los términos de adolescente y joven, aunque su diferenciación conceptual se realiza en el punto 1.1.

19 Algunos hogares toman la adolescencia desde los 13 años, mientras que otros se consideran a partir de los 12. Con efectos simplificadores, aquí se toma desde sus 12 años hasta su egreso institucional a la mayoría de edad.

2013). En este sentido, Sandra Leopold (2002) desarrolla en Uruguay, la visualización de la infancia vulnerada como víctima de: abusos, privaciones, maltratos, en contraposición a una adolescencia en el lugar del ejercicio genérico de la “violencia contra la sociedad”. Podemos analizar que a mayor capacidad de autonomía adquirida, mayor posibilidad de enunciación de las privaciones sociales vividas. Este aspecto es valorado, idealizado y temido al mismo tiempo; generalmente diferenciando las sensaciones provocadas de acuerdo a las clases sociales a las que pertenecen las distintas juventudes. Mientras que la juventud de la clase media social ocupa un lugar de idealización como potencia del cambio social, la clase pobre será objeto de criminalizaciones sociales diversas (Chaves, 2010; Erosa, 2000; Fraiman & Rossal, 2011; Morás, 2012; Pedernera, 2011). En consecuencia, se vuelve necesario visualizar no una sino múltiples juventudes y adolescencias.

Por otra parte, es necesario diferenciar conceptualmente los usos entre los términos de *adolescencia* y *juventud*. Mariana Chaves (2010), plantea a la adolescencia como la expresión psicologicista de la juventud que pretende explicar al joven desde un enfoque naturalista, con fenómenos biológicos determinantes, permitiendo la universalización de su definición, estado y sentido social. En definitiva, este estudio comprende a adolescentes de 12 a 18 años que habitan los hogares de amparo: abarcando la pubertad, adolescencia y juventud. En este estudio, la adolescencia o juventud será entendida como un producto socio-histórico de la modernidad, en permanente movimiento y no como categoría estanca, naturalista y universal.

1.1 Vidas institucionalizadas en las sociedades gubernamentales

Para pensar las condiciones de aparición de la juventud como etapa específica, considero necesario explicitar los criterios temporales y evolutivos que subyacen a nuestras definiciones conceptuales. La sociedad capitalista occidental adscribe a una percepción del tiempo lineal y evolutiva, concretando diferentes momentos o “hitos” en la vida de los seres que hace que un hecho concatene al otro, y esto se interprete en términos de avance y progreso. De esta manera, es esperable que un joven estudie antes de establecerse en una pareja, para que luego acceda a la reproducción. De ahí que en la modernidad se propusieron instituciones para cada franja etárea, acorde a una cronologización de la vida y a una clasificación minuciosa correspondiente a un calendario occidental y cristiano (constituido por días, meses y años). Esta clasificación delimita tránsitos y los naturaliza, proponiendo un sujeto universal y natural (Chaves, 2010).

Dentro de este escenario, la institucionalización del curso de la vida corresponde a un desarrollo

moderno de sociedad y lo visualizamos a través de la intervención del Estado en sus distintas instituciones, entre ellas: la educación, la salud pública y el ejército. Michel Foucault plantea que estas instituciones son las encargadas de transmitir y gestionar el uso de un discurso disciplinar que produce efectos de verdad (Foucault, 2013). Para este autor, el poder disciplinario tiene como objetivo principal fabricar individuos, enderezando sus conductas (Foucault, 2002). Lo relaciona a la aparición de los espacios disciplinares modernos como la cárcel o la fábrica, por lo que configura un poder que se circunscribe en un determinado territorio, donde propone el estudio del hombre en su minuciosidad. Como efecto, generó un conocimiento meticuloso acerca de los sujetos y de sus comportamientos, lo cual permitió no solamente potenciar la utilización de sus fuerzas, sino multiplicarlas a través de su control y domesticación meticulosa. Las disciplinas, fueron las encargadas de producir ese conocimiento y de construir dispositivos de intervención para el hombre. Por lo tanto, para Foucault (2002) se constituyen dispositivos de saber-poder, inherentes entre sí y en retroalimentación permanente. El disciplinamiento podemos describirlo como un pasaje de la prohibición binaria de prohibido-permitido a la normalización paulatina de todos los individuos, hasta los más mínimos comportamientos individuales. Se reemplaza en este período a la prohibición por la eficacia táctica, y a la soberanía por un campo cada vez más múltiple y móvil de relaciones de fuerzas, donde todos ejercemos poder y somos ejercidos por otros, en una red de relaciones de poder reticular. Las disciplinas por consiguiente, operan articulando a la conducción de la conducta con los sistemas de comunicación y poder (Foucault, 2013).

En consecuencia, para el análisis foucaultiano de un fenómeno la metodología propuesta se constituye a partir del estudio de las consecuencias disciplinares, en contraposición a otros análisis focalizados en sus causas (Foucault, 1983). El análisis a través de las causas entendidas como el motor que genera el fenómeno en cuestión, promueve a su naturalización y le quita potencia de cambio, tanto a nivel del ser individual como en tanto colectivo social (Chaves, 2010). Visualizar sus consecuencias en cambio, permite analizar los efectos concretos que produce un determinado fenómeno. De hecho, al analizar las relaciones de poder en juego, se potencia al sujeto y al colectivo en tanto los concibe como seres activos que contribuyen al mantenimiento del status quo.

Tomando el conocimiento creado en el modelo disciplinar, el *gobierno* abre las puertas de las instituciones para pensar en formas de conducción donde cada uno debe ir gobernándose a sí mismo a la vez que a los otros. Esta perspectiva toma el conocimiento generado por las disciplinas para poder legitimar su intervención, a partir de un conocimiento que se fue instalando

como “natural”, invisibilizando su construcción histórica y social. Michel Foucault (2011) define al gobierno como el ejercicio del poder que consiste en “conducir conductas” y en arreglar las probabilidades; entendiendo a la *conducta* en tanto conducir, “llevar a otros”, pero también como la manera de comportarse en un campo más o menos abierto de posibilidades. La libertad del otro aparece como respuesta a esta conducción gubernamental, como condición de aparición de una relación de poder. En los casos donde esta libertad es prácticamente borrada, se encuentran la esclavitud y la sumisión, y constituyen sus formas de ejercicio extremo (Foucault, 1983). El liberalismo entonces, constituye la base ideológica que sustenta la forma de intervención gubernamental actual (Foucault, 2012b), sobre la cual los sujetos optan dentro de determinado margen de *normalidad*²⁰.

El gobierno es por tanto el modo de acción calculado, destinado a actuar sobre las posibilidades de acción de otros individuos, teniendo como fin último la incidencia sobre los fenómenos poblacionales²¹. En este cambio de perspectiva, se procura desarrollar el mínimo de estrategias gubernamentales para obtener el máximo de resultados posibles. Además, se prevé la existencia de determinados niveles de desvíos (como por ejemplo los abandonos); por lo que el gobernar implica que éstos se mantengan dentro de determinados parámetros esperables. La gubernamentalidad es definida como:

“(...) el conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esa forma bien específica, aunque muy compleja, de poder que tiene por blanco principal la población, por forma mayor de saber la economía política y por instrumento técnico esencial los dispositivos de seguridad. Segundo, (...) entiendo la tendencia, la línea de fuerza que, en todo Occidente, no dejó de conducir, y desde hace mucho, hacia la preeminencia del tipo de poder que podemos llamar “gobierno” sobre todo lo demás: soberanía, disciplina, y que indujo, por un lado, el desarrollo de toda una serie de aparatos específicos de gobierno, y por otro el desarrollo de toda una serie de saberes. Por último, (...) como el (...) resultado del proceso en virtud del cual el Estado (...) se gubernamentalizó poco a poco”

(Foucault, 2011. p. 136).

20 La norma disciplinaria establece *lo normal*, definido como el rango de posibilidades en el que uno puede estar. El sujeto con este modelo gubernamental, se encuentra con mayor libertad pero también con un control más minucioso y eficiente de las acciones humanas (Foucault, 2012b).

21 La *población*, es un término desarrollado inicialmente en sus estudios sobre la biopolítica (Foucault, 2000), para luego retomarlo en sus desarrollos sobre la gubernamentalidad (Foucault, 2011). A partir del análisis estadístico y de la demografía, la *población* es concebida ahora con características y regularidades propias, distintas a las del individuo. Estas nuevas regularidades constituyen fenómenos como la natalidad, mortalidad, emigración, etc. Esta forma de gobierno, permite actuar sobre el individuo a la vez que sobre el conjunto de seres que habitan un determinado territorio: la población (Foucault, 2011).

Esta forma de gobierno de las sociedades occidentales contemporáneas, se conformó a partir de tres factores fundamentales: el modelo de la pastoral cristiana, una técnica diplomático-militar y de la policía. A su vez, Michel Foucault (2011) plantea que del Cristianismo, este modelo gubernamental toma dos procesos: la pastoral cristiana y el examen de conciencia. El poder pastoral, requiere de un jefe que actúe como un pastor respecto a los hombres. Tiene como fundamento el tipo de poder que Dios ejerce sobre su pueblo: debe hacer el bien, demostrar la perfección de su ejercicio y practicarse sobre una multiplicidad en desplazamiento, como el rebaño. El pastor profesa una verdad y guía hacia la salvación, operando como el intermediario en ese camino. Cuidar del rebaño de manera que cuide de todos y de cada uno a la vez; teniendo la paradoja del sacrificio de todos por el uno descarriado, pero también el sacrificio de uno por el todo (Foucault, 2011). El pastor hace conocer una ley ulterior que lo atraviesa, tiene una posición de sumisión respecto de esta ley en toda su integralidad, e incluso la obedece hasta el absurdo. Además debe ser humilde, renunciar a la voluntad propia, a sí mismo y a los placeres del cuerpo: la *apatheia* cristiana en este sentido, es un modo de individuación que implica la destrucción del yo (Foucault, 2011).

En segundo lugar, el examen de conciencia es convertido por el Cristianismo desde 1215 como una práctica obligatoria²², lo que asocia al acto de la confesión, una creencia de acceso a la verdad de sí. Es a partir de esta práctica que se construye un discurso de verdad sobre el yo, que ubica a su esencia en la confesión de sus pensamientos más oscuros, en sus prácticas más mínimas, incluso a partir de lo que permanece oculto al propio sujeto. De *lo oculto* para sí mismo, nos ocuparemos posteriormente todas las ciencias humanas, dentro de las cuales se encuentra la Pedagogía, la Psicología y la Psiquiatría. Ello implica, que se construyen relaciones de dependencia y de acceso a la verdad del sí mediante el encuentro y la confesión con un otro; y que ese encuentro, constituye una realidad de sí que subjetivamente se incorpora al sí mismo. Estas verdades a su vez, las instaure en un sistema de méritos y deméritos permanente, generando un estado de obediencia absoluta respecto de ese otro que exime mis propias debilidades. Toda esa maquinaria a su vez, comienza a operar trascendiendo entonces a la confesión de lo prohibido para pasar a ser un modo de individuación permanente. Esta forma de individuación es ejecutado por una red de servidumbres que todos tienen respecto de todo el mundo, lo cual hace mucho más efectivo su control poblacional (Foucault, 2011).

22 Esta práctica, se diferencia de la práctica Sofista, en tanto era utilizada como algo circunstancial, desarrollada en la plaza por algún director de conciencia a quien se le pagaba pero que iba a conducir al sujeto a atravesar un momento particular de su existencia. El Cristianismo en cambio, la propone como una práctica metódica y periódica (Foucault, 2011).

Por otra parte, mientras que la técnica diplomático-militar aseguraba la conservación del gobierno hacia afuera de su territorio, la policía lo ejecutaba respecto de la propia población gobernada. Es decir, aseguraban el cumplimiento del mandato gubernamental en su descendencia, especialmente para quienes configuraban una desviación respecto de *lo normal*. Como mecanismo y fuerza contraria, la pedagogía asegura la línea ascendente del gobierno para los normales, a través de la educación (Foucault, 2011). La conjunción de estas estrategias, según Michel Foucault, le permitió a las sociedades gobernar a su rebaño en movimiento en un marco de libertad dirigida. En consecuencia, el gobierno es el modo de relación propio del poder (Foucault, 2011) y los dispositivos de seguridad son su mecanismo esencial. La *regulación* constituye el mecanismo esencial de estos dispositivos, donde lo ocurrido es concebido como natural; y responde de manera que la respuesta a diseñar la anule, limite o regule, con el mismo fenómeno que la genera (Foucault, 2011).

Posteriormente, este autor relaciona la cuestión del gobierno y del poder, con el ser: ¿Quiénes somos? Foucault desarrolla en su último trabajo dos significados de la palabra sujeto: sometidos a través del control y la dependencia, y atado a su propia identidad por la conciencia o el conocimiento de sí mismos; siendo ambas formas, poderes que subyugan y someten (Foucault, 1983). En este sentido, plantea que son necesarias las luchas contra las formas de sujeción en tanto sumisión de la subjetividad, para alcanzar la emancipación del ser. Las formas de sujeción son fenómenos derivados de procesos económico-sociales, como las consecuencias que determinan las fuerzas de producción, la lucha de clases y las estructuras ideológicas que determinan la subjetividad (Foucault, 1983). El análisis del gobierno es también el análisis del poder; lo cual constituye en resumen el análisis de las posibles subjetivaciones contemporáneas; y la estudiamos en el presente trabajo, a partir de sus producciones disciplinares y gubernamentales. La adolescencia o juventud la entendemos entonces, como un modo de subjetivación específica en este proceso.

Ahora bien, para este autor el poder debe ser analizado desde una perspectiva crítica, es decir desde un lugar histórico-social y desde sus condiciones de producción; pero agregando, que es necesario analizar las racionalidades específicas, estudiando el poder a partir de situaciones empíricas y relacionándolas con nuestro presente (Foucault, 1983). El poder solo existe en acto, se apoya en estructuras permanentes y se inscribe en un campo de posibilidades dispersas (Foucault, 1983). En las relaciones de poder, su ejercicio se produce sobre acciones: es una acción sobre la acción. Éste incita, seduce, facilita o dificulta, actuando siempre sobre uno o varios

sujetos actuantes (Foucault, 1983); distinguiéndolo de la violencia, en tanto ésta actúa sobre un cuerpo o sobre cosas: sometiendo, quebrando o destruyendo. Los mecanismos que estas formas de poder adquieren, pueden conceptualizarse como estrategias. No existe relación de poder sin resistencias ni estrategias de lucha. A su vez, la relación entre ambas es para este autor, circular: toda estrategia de enfrentamiento quiere convertirse en una relación de poder, y viceversa. La dominación por tanto, puede buscarse en las tramas más tenues de la sociedad y bajo los mecanismos más discretos (Foucault, 1983). Es necesario destacar que un centro de protección de tiempo completo constituye la última alternativa para aquellos NNA que ya no tienen otras opciones de vivienda ni de resguardo en su comunidad. Este escenario ya desiguala la posibilidad de resistencia, o de estrategias de enfrentamiento que desarrollen, en relación a cualquier política que el Estado les imponga o les “proponga”. Las políticas que el centro utilice, definen por tanto las relaciones de poder existentes: los adolescentes que no se adhieran a las políticas del centro, pueden vivir fuera de éste; pero pierden el derecho a su permanencia. Esta pérdida supone habitar en un hogar intrafamiliar generalmente violento (López & Palummo, 2013), y/ o en la calle como escenario de vida cotidiana, de crecimiento y de subjetivación; por lo cual el vivir afuera del centro, es perder una supervivencia asegurada. Las relaciones de poder configuradas en este escenario, adquieren particularidades específicas que merecen ser analizadas como constitutivas de las subjetividades de esos adolescentes.

1.2 Produciendo adolescentes

La adolescencia o juventud debe comprenderse desde un entramado de diversos aspectos. Bordieu (2002) define a la juventud como un complejo relacionamiento entre la edad biológica y la edad social. En esta perspectiva, la antropóloga Mariana Chaves (2010) problematiza las nominaciones acerca de los sujetos construidas en una doble vía: en su dimensión biográfica en tanto construcción de una trayectoria individual, y la histórica, que delimita las condiciones de posibilidad de ser y habitar en el mundo. Iremos analizando a continuación principalmente el segundo punto, para luego visualizar a la luz del análisis, sus trayectorias biográficas.

La antropóloga Mariana Chaves (2010) ubica al primer relato científico acerca de la adolescencia en la obra de Stanley Hall, en EEUU, 1905. Básicamente, este autor postuló la existencia de una adolescencia normal, única y universal. *La crisis*, aparece como la principal característica definida en su ensayo. Esta característica fue tomada por el mercado luego de la segunda guerra mundial, creando una cultura juvenil específica. A través de los medios masivos de comunicación, esta cultura propuso también un circuito musical y estético específico, lo cual contribuyó a su

constitución como una etapa de vida específica. En análisis posteriores, Carles Feixa (1997) propone modelos de juventud que en este período se remiten a un joven inmaduro y conformista. Este período lo concibe como libre de responsabilidades, políticamente pasivo y dócil; o de lo contrario, para aquellos interpeladores, se les asigna la imagen de “rebelde sin causa”, asociándolo al mercado específico creciente: su música, su ropa y sus prácticas consideradas violentas o pasatistas (Chaves, 2010). Las condiciones sociales a las cuales se remite para permitir su surgimiento, se asocian a la emergencia de un Estado de Bienestar, un mercado adolescente y el proceso de modernización de la moral puritana en torno a la revolución sexual (Chaves, 2010). Sexo, drogas, música, política y juventud se conciben indisociables; y la juventud en consecuencia, se constituye también como metáfora del cambio social.

Autores nacionales como Barrán, Caetano y Porzecanski (2004a) ubican al “nacimiento” de la adolescencia en relación a dos hechos: la universalización de la educación secundaria y la postergación de la entrada al mundo laboral y reproductivo, respectivamente para hombres y mujeres. Sus desarrollos exponen el atraso en 5 o 10 años de la edad de matrimonio en relación al siglo XIX y los jóvenes que se colocaban en la estancia, la milicia, el comercio y el artesanado a los catorce o quince años, fueron sustituidos por quienes estudiaban hasta más allá de los veinte. Estos autores, retoman documentos de 1870 donde la única referencia es al púber, al joven y al adulto. En este escenario, el púber se casaba aproximadamente a los doce, quince o dieciocho años, pasando directamente a la vida adulta. El varón a su vez ingresaba al servicio militar o al rural inmediatamente de su pubertad, esperando unos pocos años para conseguir una mujer y casi inmediatamente su reproducción. La sexualidad en este marco es legitimada rápidamente por la concreción del matrimonio, honrándola principalmente por su estatus de madre. Era una población más joven en promedio -17 años-, por lo que su incidencia en las políticas públicas desarrolladas era mucho mayor (Barrán et al., 2004a).

Sobre el 1900, la imagen del adolescente que comenzó a construirse fue la de un joven inseguro, agresivo y que no puede descubrir el placer sin vivir su deseo con angustia. Vivencia por primera vez su sexualidad de forma culpógena, conteniéndola ante la vigilancia permanente de los adultos, principalmente en sus actividades solitarias. En este período se instaura el movimiento Higienista en Uruguay, donde el saber médico impulsó una visión del adolescente como un “enfermo” a tratar, situando dicha enfermedad en un deseo sexual desenfrenado sin una maduración biológica acorde. Para ello padres, sacerdotes, maestros y médicos -las autoridades morales del Novecientos- condenaron “el terrible vicio de la masturbación”, fundamentándolo en que toda actividad sexual de la adolescencia se visualizaba como físicamente debilitante. El

sentido de dicha vigilancia radicaba en que su moderación garantizaría a las naciones el éxito y la tranquilidad a las familias (Barrán et al., 2004a). En esta época se comienzan a visualizar nuevos mecanismos de control que fueron sustituyendo paulatinamente al castigo físico utilizado como correctivo en el siglo anterior. Con esta creencia, el poder médico proclamó que los matrimonios precoces producían hijos raquíuticos y afectaban a la pareja, debilitándola porque su pubertad la condujo a excesos sexuales: se deslinda así la pubertad de la iniciación sexual y de la procreación. Valores patriarcales plantearon una moral a la mujer que impuso su conservación casta hasta el matrimonio, a diferencia de los varones que dicha postergación podía afectar a su virilidad (Barrán et al., 2004a).

Esta vivencia culpógena de la sexualidad se relaciona a dos figuras fundamentales: los médicos y el cura. Los primeros, cambiaron el deber a Dios por el de la salud, pero conservando intactas sus prácticas. La prohibición de la masturbación se fundamentó entonces como un debilitador del entendimiento y como razón de la anemia que muchos jóvenes padecían. La masturbación ponía en riesgo el deseo de constituir una familia, el deseo hacia el sexo opuesto y la procreación. Para que el mismo joven pudiera paulatinamente ir introduciendo sus propios controles, se creó la escuela estatal, laica y anticlerical del novecientos. Como consecuencia, se subjetivaron adolescentes con personalidades inseguras y aún dependientes de sus adultos, aún más en el caso de las mujeres.

Respecto al análisis de la sexualidad humana, Foucault (2013) problematiza en torno a la construcción de la sexualidad como dispositivo de saber-poder que se construye para definir al ser. Para esto, parte del cuestionamiento de la creencia social de que vivimos inmersos en una represión de la sexualidad. Foucault (2013) analizó cómo a partir de esta premisa, hemos desarrollado dispositivos que hacen obligatorio su análisis minucioso en el transcurso de toda nuestra vida²³, descriptos también por Barrán (2008) en el período del Higienismo en el Uruguay. Este lugar *sexual*, pasó a constituirse como núcleo de posibles patologías en la adultez, desconocidas incluso para el mismo sujeto. Para esto, se toma la práctica del examen de conciencia de sí, y la infancia y la adolescencia se constituyeron como objeto de intervención directa de las disciplinas -o de manera indirecta, cuando ya se es adulto a través de sus recuerdos- (Foucault, 2013). La sexualidad entonces como un dispositivo histórico, es armada con estrategias de saber-poder que estimulan a los cuerpos, intensifican sus placeres e incitan a su

23 Foucault (2013) propone analizar las producciones discursivas, las técnicas de poder sobre el sexo que han implantado la noción de sexualidades polimorfos, y que la voluntad del saber la ha constituido como una ciencia de la sexualidad. El dispositivo de la sexualidad constituye como una "analítica del poder", definida por el dominio específico que forman las relaciones de poder y la determinación de los instrumentos que permiten analizarlo.

discurso a través de una formación para conocer, en el refuerzo de sus controles y en las resistencias-creencias de que, de no ser controlado, podría devenir en patología física y mental (Foucault, 2013).

Ahora bien, dentro de las consecuencias sociales respecto al atraso a la vida adulta y al mundo laboral, se generó un ser que vive en un lugar casi infantil, de irresponsabilidad provisoria y subvencionado por el Estado en sus servicios básicos, obteniendo descuentos en casi todos sus consumos (cine, teatro, transporte, etc.). Ello postergó la toma de decisiones “adulta” para después de los 20 años, desarrollando en cambio en los centros educativos “ejercicios” que mientras los entretiene, no acceden a la toma de decisiones donde terminan definiéndose sus políticas de atención (Bourdieu, 2002). Es decir, con la misma adolescencia se definió un estado que quitó el ejercicio del poder para “jugar a ejercerlo”. Con este proceso, se establecieron las relaciones de poder hegemónicas entre los más adultos, siendo funcional al adultocentrismo que desarrollaremos más adelante en el marco del paradigma tutelar (Ver 1.7.1). En este sentido, *la juventud* no es más que una lucha de poder entre jóvenes y viejos; donde ambas se construyen socialmente y se definen en su lucha (Bourdieu, 2002).

La juventud de clase media, se constituye en cambio como el ideal propuesto como “sujeto universal” analizado por Rossal y Fraiman (2011) en el Uruguay. La juventud desde esta concepción adultocéntrica, es un territorio que moldear para constituirse a su perfección: un adulto de clase media que se parezca a un joven. Esta juventud presenta como característica principal una hiperactividad institucionalizada; es decir, manteniendo actividades sucesivas en diversas instituciones que la albergan. Las otras juventudes, mantienen su recorrido en las calles, sobre todo en aquellas donde el espacio físico doméstico es menor, o sea en clases menos pudientes (Chaves, 2010). En estas clases, que no alcancen los ideales adolescentes (por fracaso secundario o por insuficiencia económica), buscarán acceder a un estatus que le otorga la vida adulta: a través del acceso económico. El dinero, el trabajo y la reproducción le otorgarán un estatus que la juventud no tiene reservado para ellos y ellas (Bourdieu, 2002).

Por otra parte, Bourdieu (2002) problematiza que los privilegios otorgados por el estudio han quedado desfasados ante su popularización. Los títulos académicos se devalúan progresivamente y por tanto las aspiraciones y deseos de los jóvenes no parecen garantizarse consecutivamente de la misma forma que en décadas anteriores. La escuela es una institución donde se aprenden cosas, pero también otorga títulos, derechos y con ello, aspiraciones fomentadas. Y para que éstas sean reguladas, se contribuye en alguna medida a reproducir los privilegios: tanto por los

adolescentes que fracasan, como por los que transitan con éxito. De esta manera, se regula la cantidad de graduados que una sociedad mantiene. De todas formas, este autor plantea que hay una descalificación estructural de la generación actual respecto de los viejos (Bourdieu, 2002). Es decir, los jóvenes están más preparados académicamente y acceden con mayor formación a los mismos puestos laborales que los viejos. Existe por tanto un juego de poder y de privilegios entre las generaciones, que podríamos analizarlo también en esta investigación a partir del relacionamiento entre los educadores y los adolescentes de los centros de atención de tiempo completo.

1.3 Algunas políticas consecuentes

La visión adultocéntrica de la modernidad, determina una relación asimétrica entre géneros y edades, ubicando a las mujeres y a los jóvenes en lugares sociales desvalorizados respecto de los hombres adultos. Este lugar social es otorgado por poseer cualidades valoradas socialmente y por tanto cualquier estadio diferente se valora en función de este ideal. La incompletud o no perfección de los otros estadios, a su vez, justifica y/o permite el desarrollo de políticas con un enfoque adultocéntrico, aún cuando la población a la que está dirigida sea la adolescente.

Chaves (2010) analiza las representaciones actuales de la juventud pensando ahora en las políticas que las atraviesan, de las cuales se destacan las siguientes: del imaginario de la juventud como un ser inseguro de sí mismo, genera y legitima la intervención política directa, lo cual rompe el principio de autonomía progresiva de la CIDN (UNICEF, 1989). A su vez, en tanto ser en transición (al mundo adulto), lo determina como crisis, caos y descontrol, oponiéndose a la adultez como un imaginario falaz de estabilidad y certezas. Esto puede generar la minimización de sus reacciones y de sus enunciados, atribuyéndolas a un imaginario de su estado de crisis permanente. Por otra parte, el tiempo de ocio que manejan es considerado como pérdida de tiempo y de dinero respecto del tiempo remunerado-laboral del adulto. Sus deseos, parecen no corresponderse tampoco a los de los adultos, que les realizan propuestas de tipo familiares o institucionales. En este relacionamiento ambas partes quedan incomprendidas, entendiendo para los adultos que nada le motiva a los jóvenes, mientras que éstos se sienten profundamente incomprendidos por los primeros (Chaves, 2010). En consonancia, Reguillo (2012) plantea que las miradas hegemónicas sobre la juventud latinoamericana producen a la juventud desde un *gran NO*: negada (en su modelo jurídico), negativizada (en su modelo represivo), en su existencia como sujeto total (en transición, incompleto, ni niño ni adulto) y en sus prácticas negativizadas (la juventud es un problema, sus tribus²⁴, su rebeldía, su criminalización). Por lo tanto, todas estas

24 La tribu, remite a una agrupación salvaje o bárbara, carente de la civilización que puede adquirir otra

valoraciones conllevan a la creación de discursos que generan y legitiman prácticas concretas con nuestros jóvenes. A modo de ejemplo, en el discurso de patología social se asocia a la juventud los daños y patologías sociales consecuentes: alcoholismo, violencia y drogas. Estas problemáticas a su vez se plantean en términos biológicos y médicos, como patologías a curar, separar o extirpar de forma individual. Otro discurso consecuente lo configura el de los medios masivos de comunicación -de pánico social-: por medio de la utilización del miedo con la imagen del joven desviado, generan la justificación de las políticas de represión (Chaves, 2010).

Según esta autora, otra forma de justificación para la visión adultocéntrica se configura a partir del discurso constitutivo como víctimas sociales que justifican sus rupturas a la ley o minimizaciones de sus quebrantos y dolores (Chaves, 2010). Esta forma trae aparejado formas de intervención desde la comprensión o la lástima, minimizando en cualquiera de sus formas al enunciado del joven en cuestión (Bustelo, 2007; Chaves, 2010). Este escenario es agrupado por Chaves (2010) con la nominación del discurso sociologista, donde lo ubica como víctima social, y por tanto, imposibilitado de accionar e incapaz de optar por sí mismo. En simultáneo, la sociedad queda colocada como absolutamente por fuera: nada puede hacer para cambiarlo. El riesgo con este enfoque, es el pronosticar lugares sociales estereotipados para cada clase social: de esta manera, el que es pobre está condenado a robar y a consumir drogas ilegales (Chaves, 2010). Esta autora plantea que todos estas valoraciones acerca de la juventud, se corresponden a diferentes clases sociales. Aquellos discursos que justifican su naturaleza y promueven a su universalización, se asocian a la clase media y alta (como los enfoques naturalistas y psicologicistas); mientras que los discursos patologizantes y criminalizadores se refieren principalmente a las clases bajas y medias bajas (Chaves, 2010).

Con un enfoque adultocéntrico, el joven es ubicado como ser del futuro, situándose en los márgenes entre la dependencia infantil y la autonomía de los adultos. Esta situación podría valorarse como potencia de cambio social, y es utilizada en este sentido tímidamente en algunos escenarios. En cambio, frecuentemente presentan valoraciones sociales que niegan su futuro bajo el precepto: *los jóvenes no tienen futuro* (Chaves, 2010). Es necesario reflexionar, si no son presente completo ni tampoco tienen futuro, ¿desde dónde construimos socialmente a nuestras juventudes?

agrupación social adulta. Esta agrupación aparece entonces como distante y diferenciada del resto del conjunto social ubicándolos en un lugar de "extrañamiento", lo cual culmina imposibilitando tender lazos sociales (Chaves, 2010).

1.4 ¿Instituciones que cuidan?

Hemos desarrollado hasta el momento, como el mercado, las instituciones y las políticas públicas han creado una adolescencia determinada. En este sentido, Corea & Lewkowitz (1999) plantean que la crisis de la infancia actual²⁵ se produce en un escenario de agotamiento de las instituciones productoras de infancia, principalmente de la escuela y la familia; adicionando a los medios masivos de comunicación, que contribuyen a la construcción de una subjetividad consumidora que simbólicamente no se diferencian del consumidor adulto (Corea & Lewkowitz, 1999). El discurso massmediático construye una infancia que ya no se corresponde a los preceptos de fragilidad, inocencia, carencia de saber y de responsabilidad.

Por otra parte, la preponderancia del lugar social brindado a los medios masivos de comunicación, produce un corrimiento del lugar hegemónico de la escuela como la institución educativa por excelencia (Corea & Lewkowitz, 1999). Las *opiniones* en los medios, pueden verse confundidas con aparentes discursos disciplinares educativos a través de los medios masivos de comunicación, lo cual modifica la relación de poder producida entre la institución educativa y la familia. Donzelot (1990) en este sentido desarrolló dos tipos de relacionamiento que mantenían las familias con la escuela: de seducción -para los niños escolarizados-, o de contralor -para las clases menos pudientes. Si un niño deserta del sistema escolar, se pierde también una administración del control sobre ellos; y con ello deviene la peligrosidad de una situación de calle como “escuela del vicio”, es decir, configurándose una situación predelinuencial (Morás, 2012).

Sin embargo, este escenario se configura en conjunto a una devaluación progresiva en torno al valor brindado a la misma educación. Bordieu (2002) desarrolla cómo el imperativo moral de la educación para el mañana tiende a decaer cuando se lo contrasta con el caimiento de la idea de progreso: cada vez son necesarios más títulos académicos para acceder a los mismos puestos laborales que anteriores generaciones. Se produce entonces un enfrentamiento de producciones institucionales: mientras que la educación crea ciudadanos, el capitalismo genera consumidores que no necesariamente satisfacen sus necesidades materiales mediante una educación devaluada en sus certificaciones (Bordieu, 2002).

Desde esta perspectiva, las instituciones encargadas del cuidado y de la creación de la infancia están agotadas, y culminan des-produciendo a la infancia tal como la pensamos y para la cual están preparadas (Corea & Lewkowitz, 1999; Duschatzky & Corea, 2009). La niñez, en este

²⁵ Aquí la infancia es tomada por su autor hasta sus 18 años.

escenario, está desfondada respecto de sus instituciones de creación, no cubriendo las necesidades de la infancia real. La destitución de la subjetividad planteada por estos autores, se remite al desfasaje entre la institución y sus efectos, pero no del desfasaje supuesto entre una representación sociocultural de la infancia y la realidad biológica que la define. *Lo real* de la infancia, es algo que siempre remite al plano sociocultural que la crea y la sostiene. La creación de ese objeto "*infancia*", las instituciones los sienten como preexistente y fijo, por lo que se sienten a sí como agentes de asistencia, protección, prevención y ayuda. Ello a su vez, genera una invisibilización de la capacidad instituyente y renovadora que la infancia tiene de sí misma. En consecuencia, las instituciones se convierten en meros agentes estatales de resguardo y asistencia, impidiendo visualizar que la infancia lejos de ser preexistente y fija, está en permanente creación y re-creación. Quizás algún plano de este escenario ocurra en los centros de protección, por lo cual demandan límites externos en una imposibilidad de proponer otras apropiaciones subjetivas de los jóvenes allí internados. Preguntar cómo afrontan sus angustias y fracasos, o la imposición y/o voluntad de vivir en un internado con las simbolizaciones consecuentes, constituye por tanto una de las líneas indagadas en el transcurso de la investigación como prácticas de subjetividad constitutivas del ser humano; definiendo a las prácticas de subjetividad, como aquellas operaciones que despliegan los sujetos en situaciones límite, con las simbolizaciones producidas (Corea & Lewkowitz, 1999).

1.5 Gestiones para incluir los bordes

La biopolítica fue desarrollada por Foucault (2000, 2013) como la política que se hace cargo en sus cálculos y mecanismos, de la vida biológica de los individuos y de las poblaciones. Sus comienzos los relaciona a la época feudal, donde el rey disponía de la vida de sus súbditos, pudiendo ordenar su muerte en cualquier momento. Posteriormente, esta relación definida como "*Hacer morir, dejar vivir*", se invierte en un Estado moderno donde la "vida" es la gestión política por excelencia. Se constituye así la nueva relación "*Hacer vivir, dejar morir*", a través de una gestión de gobierno para este nuevo objeto de estudio: la *vida*. El biopoder, es el marco político a través del cual incluso la monstruosidad es reconocida, atendida o sancionada en tanto forma de vida. Desde esta perspectiva, la biopolítica constituye una relación de poder con el cuerpo viviente y con la construcción de subjetividad; la cual a su vez define la forma de acceso a la vida, las condiciones de supervivencia y asegura que esa permanencia se produzca en un marco de dominación (Bustelo, 2007, p. 24). La biopolítica es por tanto la política central del gobierno en términos de gubernamentalidad: es la conducción de las conductas en el marco de una gestión de la vida, en todas sus formas.

Para ejecutar estas políticas, se desarrollan varios dispositivos y mecanismos de dominación que se distribuyen en la sociedad, logrando que sus ciudadanos adquieran una ideología que determine el lugar que ocupan socialmente (Bustelo, 2007). La exclusión o inclusión de esta manera constituye un entramado de posibilidades que se “enseñan” a través de los dispositivos estatales modernos: a través de sus proyectos y programas de atención. Este mecanismo es eficiente en tanto omnipresente y naturalizado por el conjunto de la sociedad, de manera que resulta invisible la lucha de poderes que entraña. Para desnaturalizar esta situación de desigualdad aceptada, Duschatzky y Corea (2009) proponen nominar como expulsión a la exclusión social. Este cambio haría énfasis en las condiciones de expulsión y al proceso de desafiliación que acarrea (Castel, 2009).

La exclusión social hace referencia a un estado de situación y a una pobreza generalmente material. Esta perspectiva individualiza a la vez que minimiza los procesos de desafiliación social que acarrear los expulsados actuales, dentro de los cuales la infancia es una de las que presenta mayor riesgo. Los pobres, remitidos en la primera cuestión social, correspondían a una pobreza circunstancial, que no afectaba a los circuitos de socialización ni a su cobertura en seguridad social (Fraiman & Rossal, 2011; Castel, 2009). Eduardo Morás (2012) en este sentido, introduce el pasaje de la “cuestión social” a la “cuestión criminal”, por medio del cual la cuestión social se reduce a un problema de falta de límites individuales, a una “crisis de valores”, demandando en consecuencia una intervención autoritaria que deja obsoletas a las apreciaciones de las ciencias sociales. De esta manera, se reemplazan las categorías analíticas para abordar los problemas en clave de seguridad ciudadana:

“Mediante el análisis reduccionista de la “pérdida de valores” se desconoce que aún en un ciclo económico favorable, existe una importante dimensión de persistente pobreza que afecta privilegiadamente a niños y adolescentes; ni se atienden las dificultades de acceso a servicios públicos y la baja calidad de los disponibles, ni se refieren los obstáculos de ingreso a un mercado laboral que demanda calificaciones cada día más exigentes. La pretendida explicación contemporánea de los problemas sociales apela a la indescifrable y repentina emergencia de una “marginalidad cultural”, que despoja de “códigos” a los adolescentes, los alimenta de excesivas violencias o los incita a no reconocer límites a sus urgencias hedonistas convirtiéndolos en “lumpenconsumidores”.-”

(Morás, 2012, pp. 21–22)

En cambio, en esta segunda cuestión social se corresponde a la diferencia existente entre aquellos que piensan y gestionan la política estatal y la “realidad misma”: son sujetos que trascienden la categoría de pobres, en tanto habitan territorios analíticamente “invisibles” (Fraiman & Rossal, 2011). Los pobres actuales, están directamente por fuera de aquellas políticas que nos constituyen como ciudadanos. Estos autores, combaten el argumento de la diferencia cultural que parecerían mostrar nuestros adolescentes “excluidos”, ya que culmina justificando la diferencia en situación de inferioridad que puede concluir en una gestión de la expulsión (Fraiman & Rossal, 2011). La pobreza para ellos, no es sinónimo de diferenciaciones culturales -como el caso de los pueblos nativos- sino que constituyen grupos que no han tenido acceso a la mayoría de los servicios que accede el resto de la población, y transitan por trayectorias estatales, políticas y sociales que delimitan su recorrido social (Fraiman & Rossal, 2011). Son los humanos en situación de despojo, y habitan espacios donde se los trata de forma expulsiva respecto de *la sociedad*: en centros para su permanencia, dentro de los cuales podríamos ubicar a los hogares, a los refugios u otros.

Ahora bien, para Bustelo (2007) la infancia es el espacio por excelencia donde la ideología asegura su continuidad a través de generaciones. Para esto, desarrolla particularmente la noción de biopolítica de la infancia, tomando los desarrollos teóricos de Foucault y Agamben. Bustelo (2007) plantea que la infancia constituye un territorio de disputa excepcional, ya que también su problematización puede constituir una oportunidad para otro comienzo, para “Re-crear” la infancia. El cambio social desde esta perspectiva, también se dirime en el terreno infantil.

Para pensar la gestión gubernamental de los niveles de expulsión social que construyen subjetividades, tomaremos los planteos de Agamben (2010) donde toma el concepto de biopolítica, pero focaliza sobre el gobierno en su gestión de la muerte. Este autor retoma dos términos para referirse a la Vida en Grecia: bios y zoé. Mientras que el primer término hace referencia a la “forma de vivir de un individuo o grupo” ; zoé, hace referencia a aquello común a todos los seres humanos: la mera vida (Agamben, 2010). Constituye la vida desnuda inscripta en las formas de poder soberano. *Homo Sacer* es precisamente el nombre que recibe la vida que por su correlación con el poder soberano, ha ingresado en una zona de indistinción. La vida del Homo Sacer, es la vida desnuda. Aquella de la que alguien puede disponer sin necesidad de cometer un homicidio: constituye una categoría de vida matable, sin protección jurídico-política. Allí radica la diferencia con la noción de biopolítica de Foucault: no solamente deja matar, sino que genera y gestiona muerte. La sujeción de la vida, para este autor, está atada a un poder de muerte legítimo (Castro, 2008). El *bando*, lo define como una relación de abandono entre el Soberano (poder), y la

forma de inclusión de la Vida Nua (del Homo Sacer). Esta relación de abandono, se constituye incluyendo y excluyendo a la vez. Su forma de gestión se produce en la excepción, siendo a la vez constitutiva del derecho. Por tanto, el derecho mantiene con la vida una relación que es a la vez de inclusión y de exclusión. La exclusión, siempre es en relación a una norma y lo excluye haciéndolo parte de ella. La soberanía de esta ley, se constituye entonces en el ejercicio de la violencia; y la persona del soberano es quien conserva el derecho de ejercer violencia, y quien decide si aplicar o no la ley en esa zona de indistinción (Castro, 2008). La figura del ciudadano en los estados modernos efectiviza esta distinción: los refugiados, los inmigrantes ilegales, son vidas desprovistas de ciudadanía y por tanto de derechos; lo cual amerita que no se ocupen de ellos los Estados, sino la policía y las organizaciones humanitarias. Los derechos humanos, desde esta perspectiva configura un concepto límite que cuestiona a los Estado-Nación y promete alguna oportunidad, alguna fisura en los niveles de violencia legítimamente ejercidos.

Agamben ha desarrollado que en sus inicios la figura del Homo Sacer tuvo lugar en situaciones excepcionales de guerra, posteriormente se ejerce mediante la policía en crisis económicas, para finalmente convertirse en práctica habitual. El *Estado de excepción* es el lugar donde esto se produce, definido como el dispositivo a través del cual el poder soberano captura la vida en una zona vacía de derecho (Castro, 2008). El Estado suspende los derechos y las garantías constitucionales al otro cuando decide sobre una excepcionalidad. La vida desnuda entonces es producto de la misma máquina biopolítica. Quizás, algo de la forma de gestión de los centros de protección de tiempo completo, podríamos asociarlo al funcionamiento de un estado de excepción. Iremos desarrollando en el análisis, prácticas que se definen como excepcionales han ido permeando la cotidianidad de los centros, constituyéndose en políticas excepcionales pero cotidianas, en intervenciones que parecen quedar en un vacío de legalidad para estos jóvenes.

Ahora bien, para problematizar a la infancia específicamente, Bustelo (2007) desarrolla 3 niveles o dispositivos de la biopolítica en el campo de la infancia, parafraseando a Agamben: el niño sacer, la zoé y la bios. El primero de ellos, el niño sacer, lo retoma del Homo sacer y lo relaciona con el mero acceso a la vida. Este niño representa una vida que permanece en un vacío legal donde su supresión queda impune: son los miles de niños que se mueren de hambre en el mundo por día, sin que haya ningún responsable legal, son los niños entrenados para enviar a las guerras o los secuestros y las adopciones forzadas de las dictaduras que vivió el cono sur en relación a los niños. Como venimos desarrollando, para este autor, ser niño o joven constituye una subversión en sí en tanto es potencialmente otro principio emancipador (Bustelo, 2007).

La zoé de niños y adolescentes, segundo nivel de la biopolítica, constituye aquella infancia en pobreza condenada a la mera supervivencia. Los sistemas de dominación en estos parámetros, se sustentan en dispositivos ideológicos que impiden entender a la pobreza en términos de relación social; condenándolos a la exclusión o a una “inclusión diferenciada, de mala calidad” a los sistemas de protección social (Bustelo, 2007). La inclusión entendida como una política para y con la infancia, debe producirse modificando al status quo que la genera, o de lo contrario son discursos que por medio de la “compensación” tienden a perpetuar el mismo equilibrio (Bustelo, 2007). Los niños, son vía directa de pobreza: la mayoría de los niños son pobres, y la mayoría de los pobres son niños. La desigualdad toma entonces como actor privilegiado a la infancia, siendo éstos los que no tienen la capacidad de ejercer el poder, delimitado socialmente como ejercicio del mundo adulto (Bourdieu, 2002). Las trayectorias institucionales en el Uruguay, describen recorridos frecuentes de jóvenes que comienzan siendo niños abandonados o vulnerados, atendidos por hogares de amparo, o refugios y luego en ocasiones, devienen adolescentes en situación de calle, donde plantean frecuentes conflictos con la policía. El trayecto a menudo culmina en centros de detención de menores, hasta su mayoría de edad; donde finalmente los distribuye la justicia penal y la cárcel (Fraiman & Rossal, 2011). Estos dispositivos estatales, configuran las trayectorias de vida de los adolescentes, donde incluidos en los márgenes gestionan sus niveles de pobreza y de delincuencia. Sin embargo, este recorrido transcurre sin generar cambios que modifiquen sustancialmente la forma de habitar y de desarrollarse en la vida, ni cambios sociales que puedan darles otros recorridos y espacios para habitar (Fraiman & Rossal, 2011). Luis Pedernera retoma la pregunta ¿Hijos de quien?, refiriéndose a estos recorridos institucionales que diagraman una manera de vida, en la que no son hijos de nadie por ser hijos del Estado, configurando “parias” o “nuda vida”; al decir de Agamben, vidas perfectamente sacrificables (Morás, 2012).

Por último, el tercer dispositivo de la biopolítica de la infancia para Bustelo (2007), es el *bios*, entendiendo por éste al control de los que sobreviven por medio de la ideología que transmite una visión hegemónica de la infancia. La ideología puede ser transmitida por medio del discurso, con valores como la normatividad y la imparcialidad -haciendo de la ideología una norma definida como objetiva-. Para la infancia, estas prácticas discursivas generan una situación de dominio y la invisibilizan por su naturalización. En este sentido, todo poder ejercido en la infancia es una estrategia hegemónica de dominación que legitima el status-quo con políticas compensatorias; y logran de la infancia, generaciones de sujetos obedientes, sumisos y ordenados (Bustelo, 2007).

Este proceso a su vez, se relaciona con dos discursos biopolíticos acerca de la infancia, que contribuyen a la permanencia de su situación de vulneración: el primero de ellos es *la compasión*

como mecanismo para incluir socialmente, enmarcada en políticas paternalistas que con su aplicación conservan el poder sin redistribuirlo (Bustelo, 2007). El protegido, continúa en una situación de dependencia de quien protege. De aquí que políticas que pueden ser de amparo, como los hogares, constituyen escenarios privilegiados de abusos y formas violentas de relacionamiento que vulneran a los adolescentes que allí viven. De esta forma, un joven amparado estatalmente, basta que cometa una infracción a la ley para que sea el mismo sujeto amparador quien lo fiscalice y lo juzgue (Fraiman & Rossal, 2011).

El segundo discurso propuesto que contribuye a esta legitimación de la desigualdad, es el discurso biopolítico de la infancia de *la inversión*, con una lógica rentable y prevencionista (Bustelo, 2007). Desde esta perspectiva, la educación constituye el único camino para la movilidad social y la inclusión. Ahora, si el joven se convierte en un potencial peligroso, la inversión es preventiva de una política de seguridad posterior. En este proceso sus derechos quedan suprimidos socialmente: si se invierte en educación, se ahorra en cárceles. De esta manera se visualizan como en la actualidad para situaciones de vulnerabilidad, se proponen redes privatizadas continentadoras, incluso sostenidas a base de voluntarismos. Este funcionamiento se relaciona a su vez con la inversión, la rentabilidad y la seguridad, pensado en términos de gastos y ya no para garantizar el cumplimiento de los derechos humanos. El gobierno desde esta perspectiva, ya no procura extender a una clase media ideal para toda la sociedad, incluyendo a los excluidos. Su tarea ahora es la administración de los bordes: a través de los discursos de seguridad y el estigma. Su explicación, radica en aquellas vidas que no merecen ser lloradas (Agamben, 2010), donde el sujeto no puede dar cuenta de sí, y el Estado se configura como un poder soberano que puede disponer de esas vidas en determinados recorridos sociales.

¿Cómo se han gestionado estos bordes en Uruguay? Para comprender los caminos actuales delimitados por el Estado uruguayo para la infancia abandonada, se propone a continuación un breve recorrido en torno a los primeros dispositivos de atención para esta población específica.

1.6 Intervenciones para la infancia abandonada

En relación a los primeros dispositivos de atención desarrollados para la infancia abandonada, tomaremos autores nacionales (Barrán, 1994a; 2008; Portillo, 1987) y a Donzelot (1990) desde Francia, entendiendo que comparten similitudes en las discusiones conceptuales que fundamentaron la modificación paulatina de sus dispositivos de intervención. A continuación, un breve recorrido histórico nos contextualiza para analizar dos paradigmas de infancia que como veremos, aún se encuentran vigentes a través de sus prácticas cotidianas.

En Uruguay, entre 1800 y 1860 nos encontrábamos en un período que Barrán (2008) llamó *Barbarie*, donde la violencia física constituía un método educativo desarrollado sobre la infancia, ejercida por figuras de autoridad -generalmente el padre-. Los niveles nacionales de infanticidio y abandono de la época eran altos y se conformaban como procedimientos regulares en el seno de las familias. En Montevideo, los niños eran abandonados en las calles, en los atrios de las iglesias y en las puertas y ventanas de las casas “acomodadas” (Barrán, 2008). Los niños abandonados eran recogidos por algunas familias pudientes que se destacaban por su caridad, llegando a tener incluso varios niños cada familia.

En este escenario se funda en 1818 en Montevideo la primera “Casa Cuna”, siendo la principal referencia institucional de atención a la infancia de la época (Leopold, 2002). Establecida en varios países, el dispositivo consistía en una puerta con un torno, que podría describirse como una cuna-cilindro que gira sobre su eje: quien depositaba al niño en dicho torno, lo giraba introduciéndolo en el establecimiento sin necesidad de ser visto por el personal del hospicio. En su frente lucía una transcripción: “*Mi padre y mi madre me arrojan de sí. La piedad divina me recoge aquí*” (Portillo, 1987). Estos primeros dispositivos eran de carácter religioso, llevados adelante por profetas y devotos que dedicaban su vida al Señor, preferentemente las monjas. Su condición de género asociada a lo maternal, sumado a su renuncia pagana en pos del Señor, las convirtieron en las primeras encomendadas para llevar adelante dichos cuidados.

Esta práctica generó debates políticos sobre el tipo de atención a la infancia y a la familia de la época. Donzelot (1990) lo plantea como una alianza momentánea y estratégica de los dos poderes -Estado y Familia-, donde se conjuga el desecho que pondría en peligro el honor familiar a través de los desvalidos o por alguna razón “fallados”, a la vez que el Estado resuelve su preocupación por el respeto a la vida y a los seres que quedaban como inutilizados o inutilizables. De esta manera, se rompe sin cuestionamientos ni escándalos el lazo sanguíneo, a la vez que el

Estado procura su habilitación para la vida en sociedad. En este dispositivo no se averiguaba sobre la familia de origen, se les cambiaba su nombre, bañaba y vestían apenas ingresaban (Donzelot, 1990). La combinación del anonimato de las familias junto con la garantía de una preservación de la vida, concluyeron en un aumento de los abandonos y en una disminución del infanticidio. Estas repercusiones comenzaron a provocar debates sobre la continuidad del *torno*, dentro de los cuales Donzelot (1990, p. 29) describió de la siguiente manera: los defensores del torno, eran los que preservaban el poder jurídico de la familia entendiendo que cumplía un rol purificador a la honra familiar. Sostenían que el torno operaba como un control a la proliferación de los pobres, en pos de una “paternidad social” (Ariés, P; Duby, G. 2000, pp-265-266). Quienes argumentaban en contra, principalmente los filántropos de la época, promulgaban las ayudas públicas, y/o la adopción como alternativa, priorizando a la conservación del individuo por encima de los lazos sanguíneos. A raíz de estos debates, en Francia se realizó una investigación sobre la procedencia de sus abandonos, encontrando sorprendentemente que un gran porcentaje de estos niños eran hijos legítimos abandonados. Ante el supuesto de la pobreza, el motivo parecía ser la alta calidad de cuidados ofrecidos en estos establecimientos, lo cual hacía que los padres dudaran menos en depositar a sus hijos allí (Donzelot, 1990). En este escenario, se desbordaron los hospicios por la cantidad de abandonos y el Estado entonces comenzó a brindarle un salario a nodrizas que quisieran llevárselos a su casa para cuidarlos. Consecuentemente, se generó un nuevo tipo de orfandad consistente en dejar el niño en el torno para luego retirarlo a los días y percibir un salario por ello. Ese procedimiento se realizaba con la complicidad de los funcionarios del torno, por lo que posteriormente comenzó a llevarse a los niños a otros departamentos con otras nodrizas, para evitar este negocio fraudulento (Donzelot, 1990, p. 30-31).

Para frenar este negocio, culminaron creando un sistema de ayuda a domicilio para las madres, legislando un salario que primeramente lo recibía la nodriza, para posteriormente modificarlo y dárselo a la propia madre. Esto implicó generar un gasto público relevante, en pos de no premiar económicamente a las madres que quisieran abandonar a sus hijos: se legislaron de esta manera ayudas a la madre soltera, luego a la viuda pobre, luego para la madre de familia pobre cargada de hijos para luego finalmente a la madre obrera (Donzelot, 1990, p. 32). Si bien este proceso corresponde a Francia, similares políticas se desarrollaron en Uruguay en relación a sus debates. Como vemos, en el diseño de las políticas está presente una concepción determinada de familia y de abandono y se encuentra a su vez la voluntad estatal de que esta práctica se mantenga dentro de determinados parámetros esperables. Tomando el proceso de gubernamentalización del Estado Moderno descrito por Foucault (2011) (Ver 1.1), las políticas desarrolladas aquí fueron procurando incidir sobre los comportamientos de la sociedad, particularmente sobre las prácticas

sociales de maternaje y el abandono infantil.

En consecuencia, se rompe el servicio anónimo del torno y se comienza a realizar una entrevista abierta a los nuevos ingresos, lo cual permitía realizar dos movimientos: disuadir a los progenitores de su intención del abandono, a la vez que comenzar a indagar sobre sus razones. Ello comprende valoraciones sobre los motivos del otro para abandonar a su hijo, sobre las dificultades que tiene y ofrece a cambio herramientas estatales para *incitar* el “no abandono”²⁶. Podemos asemejar entonces, este proceso de esa entrevista al *examen de conciencia* relatado por Foucault en los procesos de gubernamentalización del Estado; a partir de la cual se va indagando, conociendo e incitando a tener una determinada conducta (Foucault, 2011).

Durante el Siglo XX, comienzan a configurarse así las ayudas familiares con un Estado de tipo asistencial y paternalista. En Francia en 1865 se crean las primeras sociedades protectoras de la infancia, que supervisaron a los niños de las clases pobres en sus condiciones de higiene, salud y educación (Donzelot, 1990). Dichas sociedades, concluyen que las mejores condiciones están dadas por aquellos niños intervenidos por medio de la asistencia pública estatal. Las madres pobres fueron conceptualizadas como nodrizas, en tanto objeto de permanente vigilancia y supervisión por medio de la remuneración colectiva y de la vigilancia médico-estatal (Donzelot, 1990, P. 33). De esta manera, los lazos familiares pobres se constituyen como sospechosos de intereses egoístas en pos de las ayudas estatales; por lo que el Estado debe desarrollar una vigilancia permanentemente a dichas familias.

En Uruguay la administración del Torno desde 1869 lo hace la “Comisión de Expósitos”, integrada por tres señoras que determinaban en qué condiciones le podían entregar al niño a su madre en caso de reclamarlo. Inicialmente, los padres biológicos tenían un plazo de tres años para reclamarlo; lo cual se acorta a un año en 1895 y a partir de allí la comisión podría disponer del niño (Leopold, 2002, P. 34). El saber producido y validado socialmente sobre la niñez, el abandono y la maternidad, le permitieron al gobierno intervenir y supervisar a las familias en su rol de crianza y cuidados. Como dispositivo, el Torno culmina prohibiéndose en Francia en 1860 aunque su funcionamiento continuó hasta 1905 (Donzelot, 1990). En Uruguay, en el comienzo del novecientos hay un fuerte movimiento higienista, donde preocupaba que al desconocer el origen de los niños del torno, se corría peligro del contagio de la sífilis hereditaria. La *Oficina de Admisión para huérfanos y expósitos* fue paulatinamente dejando de proponer el torno hasta la década del

26 Este proceso puede visualizarse en la actualidad por ejemplo, a través de DASE de INAU, donde se ofrece ayudas económicas para prevenir la institucionalización de un niño, o para aquellas familias que quieran recibir a un niño institucionalizado. Para su descripción, Ver Apéndice 1.

'30 que se dejó de usar. En 1889 por primera vez se crea en Montevideo la Comisión Nacional de Caridad y Beneficiencia, dependiente del Poder Ejecutivo, estatizando la supervisión de los cuidados religiosos. Esta comisión maneja los ya creados establecimientos: el Hospital de Caridad, el Asilo de Dementes y Crónicos, los Asilos Maternales, la Escuela de Artes y Oficios y el Asilo de Huérfanos y Expósitos. Su gestión interna es aún realizada por instituciones religiosas: San Vicente de Paul y María del Huerto (Leopold, 2002, p. 35).

La concepción de la niñez y de la infancia de la época, puede destacarse desde la definición brindada en el Código Civil y Penal del 1869 y el del 1889, donde colocan a los menores de 21 años dentro de la categoría de “incapaces”. Este período de inconsciencia, comprendía prácticamente la mitad de la vida de las personas, ya que la esperanza de vida era de 50 años. Penalmente sin embargo, a partir de los 12 años eran imputables, visualizando las tensiones existentes entre los enfoques civiles y los penales. En este período, se aprecia un fuerte acento en una propuesta paternalista y moralista por parte de los distintos movimientos religiosos, filantrópicos y posteriormente estatales. En tanto intervención con la infancia, la internación es la estrategia fundamental para la que se encuentra *en peligro*, y la pobreza comienza a ser concebida en relación a la falta de moral. De esta manera comienzan a visibilizarse las vinculaciones entre pobreza e infracción, lo cual anexado al mecanismo gubernamental de regulación de las poblaciones, es construido como verdad científica durante la época del “disciplinamiento” (Foucault, 2002; 2011).

Según Barrán (2008), en Uruguay en el novecientos se constituyó lo que llamó el período de disciplinamiento; donde la Iglesia, la Escuela y el Hospital fueron los protagonistas principales. Este proceso civilizatorio redefinió las formas de sentir la violencia, lo lúdico, la sexualidad, la muerte y el trabajo: llamándola la “*época de la vergüenza, la culpa y la disciplina*” (Barrán et al., 2004a, p. 20). Los castigos físicos aquí son paulatinamente dejados de usar en la escuela, constituyendo el encierro el nuevo mecanismo disciplinador por excelencia. Si bien este contempla una consecuencia “física”, lo hace en tanto “pérdida de libertad” de su alma (Barrán, 2008).

En este período se hizo hincapié en la educación como modo de eliminar lo bárbaro de sus ciudadanos, transformándolos en civilizados. Uruguay se apoya en el poder médico, emergiendo una nueva moral laica, científica: el higienismo (Barrán, 1999). La higiene se relaciona a la promoción de la moral, valorando el estado sanitario del individuo en términos de comportamiento social, de armonía social (Methol en Leopold, 2002). Por medio del poder médico, se buscó conducir a aquellos que tenían capacidad de destrucción: los niños, los locos y las masas

populares. Se realizaron las primeras acciones que colocan como imperativo a la vida, a su preservación por encima de la misma voluntad de sus gobiernos y de las personas, a través de la instauración obligatoria del poder médico. Este movimiento pretende ahora regular fenómenos poblacionales biológicos, fundamentalmente por la alta mortalidad que existía a causa de las enfermedades endémicas mortales. La primera ley obligatoria del higienismo se produce en 1911 con la vacunación obligatoria, otorgándole un carácter universal para todos los menores de 20 años (Barrán, 1999, p. 235).

Otras disciplinas permitieron que estas nuevas valoraciones se ejecuten en lo privado de los hogares, al interior de cada familia. En consonancia a este movimiento Varela planteaba en su reforma educativa, la necesidad de construir salud desde la escuela. En esta época se asocia a las clases pobres con un peligro sanitario, por lo que allí se debió actuar. Para ellos se crean entonces los hospitales y expuestos. La “familia modelo”, a su vez fue constituyéndose cada vez más como una familia íntima y privada; mientras que las familias pobres fueron intervenidas cada vez más en su privacidad, por medio de la legitimidad científica que avalaba este movimiento higienista (Barrán, 1999).

En relación a los sistemas de asistencia sanitaria en Uruguay, se otorgó a quienes acreditaban ser pobres el acceso gratuito al servicio de salud, universalizando su acceso pero también el alcance de su intervención. Ello generó en primer lugar una separación de quiénes pueden acceder de quiénes no, a la vez que debieron comprobar quiénes eran efectivamente *pobres*. Esta duda, constituyó la pobreza hecha sospecha sobre la cual edificaron todas sus intervenciones. Esta intervención médica se centró fundamentalmente sobre la mujer-madre-pobre, donde a partir de su supuesta ignorancia se permitió la intervención casi absoluta del poder médico. Ella estaba encargada de sacar a su marido del bar, a los hijos de la calle, y a constituir una familia numerosa que aporte a la situación de disminución de la natalidad en nuestro país. Dicha mujer, debió también obligatoriamente dejar entrar a los profesionales que la visitaron (Médicos, Asistentes Sociales), y así reportar cualquier irregularidad familiar (fugas, accidentes, fallecimientos, problemas de salud, cambios de domicilio, solicitud de visitas de los familiares, etc.) a ámbitos institucionales diversos. Éstos como contrapartida, le dijeron como debía resolver dichas situaciones: generando una obligatoriedad de la intervención disciplinar en el ámbito *privado-familiar* (Leopold, 2002, p. 77) y con ello asegurando la discreción y omnipresencia del poder disciplinario y del proceso gubernamental (Foucault, 2002; 2011).

1.7 Paradigmas de la Infancia:

1.7.1 El Paradigma Tutelar

En 1911 se configura el Consejo de Protección de Menores en Uruguay, lo que unió la asistencia por abandono y por delito bajo un mismo organismo. Tras una bonanza económica nacional producto de la posguerra de la Segunda Guerra Mundial, sobre mediados de los 50, cambios en la coyuntura internacional produjeron un decaimiento en la economía que culminó en crisis. Altos niveles de desocupación, suspensión de créditos y otros fenómenos que precedieron a los sucesivos golpes de Estado en todo el continente; concluyendo entre 1930 y 1936 con diez golpes militares y conservadores. En Uruguay la dictadura de Terra constituyó el contexto de creación de la política de atención a la infancia en 1934, gestionada por el reciente Consejo del Niño (Leopold, 2002). Se creó el primer Código del Niño, con una concepción claramente legalista. Además se consagra un Nuevo Código Penal y se reforma la Constitución de la República en 1934. La nueva forma de intervención comprendía una centralización de las dos infancias: la peligrosa y la que está en peligro (Monica De Martino & Vecinday Garrido, 2011), distinguidas como menores y niños y asociados en una primera instancia por la pertenencia al ámbito escolar (García Méndez & Carranza, 1990). Donzelot (1990) describió el proceso por el cual se traspasa el término de “niños irregulares” a “niños inadaptados”; lo cual permitió reunir a todos los niños de la infancia “no escolarizada” que pudieran depender de una intervención asistencial, o bien de una judicial. Con esta indistinción, el juez tuvo potestad para intervenir judicialmente en cualquiera de estas dos infancias, declarando como “*abandono moral o material*” (Erosa, 2000). Se conforma así lo que E. García Méndez denominó la Doctrina de la Situación Irregular, como un sistema de protección-control que mantiene intervenciones de protección-control tutelares (García Méndez & Carranza, 1990).

Si bien en esta etapa se concibe por primera vez a una infancia con necesidades propias, esa diferenciación remite únicamente al trato diferencial judicial respecto de los adultos (Morás, 2012). Los NNA eran concebidos como objeto de tutela de los mayores, lo cual autorizó al Estado a tener intervenciones paternalistas con un Juez con absoluta discrecionalidad; por lo que no existía ninguna garantía procesal. La máxima expresión institucional de esta concepción se produjo en Estados Unidos en el marco del movimiento de los Salvadores del Niño, creando el Tribunal de Menores (Platt, 1997). Este movimiento culminó proponiendo una ampliación del control social ejercido sobre los menores, fundamentalmente por asociar los problemas sociales que manifestaban, a estados predelinuenciales (Platt, 1997). Ya en 1933 la Comisión Redactora del Código del Niño debatía sobre la existencia de “*verdaderos delincuentes menores y no de*

menores delincuentes” (Morás, 2012, p. 19). De alguna manera, el primero es visualizado como un delincuente que aún no desarrolló toda su potencial perversidad, mientras que el segundo se interviene en tanto un menor delincuente, como un diferencial al adulto (Morás, 2012). En consecuencia, mientras que un enfoque promueve medidas socioeducativas atendiendo a las circunstancias de la vida del NNA, la otra propone privación de libertad y disciplina como intervención fundamental (Morás, 2012). Beloff plantea en este sentido, que el juez de Menores, operaba además impartiendo cuestiones morales y religiosas, tomando decisiones penales concentradas únicamente en la persona del Juez que actuaba en simultáneo como un gran *-padre, acusador, decisor, defensor-* (Beloff, 1999).

La infancia que se encuentre en situación de “*vagabundeo*”, comenzaría a ser concebida como un problema, siendo capturados por la policía. Ésta, retenía a “los menores” hasta que sus padres reclamaran; o de reincidir, los enviaban directamente a un taller: a la reciente creada Escuela de Artes y Oficios (Porzecanski, C., & Barrán, 2004a). Dicha Escuela, se fue convirtiendo en una cárcel para niños y adolescentes, alcanzando en 1908, unos 200 alumnos uniformados y ubicados en calabozos²⁷ (Barrán et al., 2004a). Es importante puntualizar el proceso de alianza por el cual la educación y la seguridad en una sociedad gubernamental configuran dos fuerzas contrarias en procura del mismo orden social (Foucault, 2011). En este escenario, la circulación de la infancia en espacios públicos se configura como un problema a regular, en tanto favorece a las malas costumbres: en 1938 se reglamenta la prohibición de circulación de menores de 16 años a espectáculos nocturnos, extendiéndose en 1950 a los 18 años (Leopold, 2002). Como consecuencia, se produjo un alto nivel de institucionalización de la infancia y la adolescencia. Morás (2012), en este sentido planteó que este sistema de protección uruguayo confundió el mero encierro disciplinario con el cuidado por el bienestar del niño.

Varios autores han trabajado la relación entre abandono y pobreza en este período, para concatenarlo con la intervención tutelar consecuente (Erosa, 2000; Donzelot, 1998; Leopold, 2002; Morás, 2012). Donzelot describe cómo las situaciones de pobreza estaban teñidas de una supuesta “inmoralidad”, se elimina el poder patriarcal y se propone un sistema tutelar “*que armonice los objetivos sanitarios y educativos con los métodos de vigilancia económico y moral*” (Donzelot, 1990, p.90). La familia se convierte en consecuencia en un ámbito de intervención directa; principalmente para aquellas familias pobres. En Uruguay, Victor Erosa (2000) describe

27 La actual Universidad Tecnológica del Uruguay (UTU), se desprende de esta Escuela Industrial, la cual se fundó en 1915 a partir de estos calabozos. Sandra Leopold (2002) puntualiza la relación de su fundación como un tipo de encierro disciplinario y correctivo para pobres, y a su vez como institución que funda un tipo de educación más ligada en la actualidad al oficio.

como esta etapa construye un sistema que institucionaliza y criminaliza exclusivamente a los abandonos vinculados a la pobreza. Para el abandono no relacionado directamente a esta condición, las instancias de control social no eran judicializadas ni requerían privación de libertad. A esos NNA, se les aplicaba por ejemplo la atención terapéutica, u otras medidas no tutelares (Erosa, 2000). En definitiva, se construyó una teoría que relaciona los factores etiológicos del delito a las características de la pobreza, mendicidad, circulación en los espacios públicos, etc.

Cabe diferenciar además, que la tutela estatal le quitaba derechos a los adultos de permanecer con sus NNA, lo que culminaba en una perpetuación de las condiciones de marginalidad que se proponía erradicar (Beloff, 1999; Morás, 2012). En definitiva, tomando estos ejes Sandra Leopold plantea que se produjo *“Una desmanicomialización y deshistorización de la cuestión social, así como la psicologización de las relaciones sociales y la individualización de los problemas sociales. Sobre estos parámetros, se deslizará entonces, una intervención centrada en el “modelaje psicosocial y moral”* (Leopold, 2002), a la vez que generó una indistinción entre abandonados e infractores. Sus intervenciones pueden así realizarse bajo el nombre de tutela o de rehabilitación, pero conservando los mismos objetivos moralizadores.

Ahora bien, esta concepción moral operaba también mediante el ejercicio de las disciplinas; las cuales intervenían en aquellas prácticas que no llegaban a constituirse un delito, pero sí una desviación menor, más discreta, respecto del ideal-normal (Foucault, 2002). La normalidad, es entonces una construcción realizada por las disciplinas, desarrollado a partir del estudio del comportamiento humano; entre las cuales se encuentran la psicología, la medicina, la psiquiatría y la pedagogía (Foucault, 2002). En este sentido, se comenzaron a identificar categorías conceptuales que podrían asociarse a valoraciones clasistas y morales, pero que son definidas como disciplinares-psicológicas: el abandono, selecciona el tipo de “abandono pobre”; y los criterios de sus operadores remiten a: mendicidad, vagancia y concurrencia a lugares de “mal vivir” (Leopold, 2002). Ser proveniente de una familia pobre, o desintegrada (generalmente con su padre ausente), parecen ser condiciones que de por sí le dan al menor atributos de peligrosidad (Leopold, 2002). En su investigación doctoral, Sandra Leopold analiza cómo los técnicos en este período en Uruguay atribuyen a los mismos jóvenes dos “caras”, una correspondiente a su vulnerabilidad y carencia afectiva, y otra asociada como “negativa” con criterios de *“impulsividad”, “baja tolerancia a las frustraciones”, “fácil pasaje al acto”, “acción en lugar del lenguaje”, etc.* (2002, p.60).

Por último, en 1967 se reformó institucionalmente al Consejo del Niño, dándole un enfoque más

técnico por medio de nociones que permitieron problematizar distintos problemas según la franja etárea²⁸(INAU, 2014c). Sobre la década del 70 en Uruguay ocurre una segunda dictadura militar, la cual ocasiona la intervención del Consejo del Niño, con un movimiento centralizador y de cierre de la Escuela de Funcionarios. En este período se impuso una política de egreso compulsivo de los NNA que estaban en internados, sin ofrecer restitución alguna de la situación que ocasionó la internación; jerarquizando principalmente la adopción como solución (INAU, 2014c). El Consejo del Niño en 1988 se disuelve para dar paso al Instituto Nacional del Menor, el cual continuó en principio funcionando bajo el mismo paradigma tutelar (INAU, 2014c). Este cambio fue dando paso a otro paradigma de infancia que se comenzó a desarrollar sobre la década del 80, a partir de la aprobación de la CIDN en 1989, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas y ratificada por ciento ochenta y seis países, entre ellos Uruguay.

1.7.2 El paradigma de protección integral

La Convención Internacional de los Derechos del Niño (UNICEF, 1989), ocasionó el cambio de paradigma de la Situación irregular al de Protección Integral. Dicha modificación supone que los niños dejan de ser concebidos como “objetos de intervención”, pasando a entenderlos como “sujetos de derecho”, procurando la restitución de sus derechos en caso de vulnerabilidad, en vez de corregir, prevenir y tratarlos en relación a una falta de moral. Se procura proporcionar al niño una “protección especial”, retomando los antecedentes de la Declaración de Ginebra de 1924 (ANUV, n.d.) y en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General en noviembre de 1959 (ONU, 1959).

La CIDN Se compone de 54 artículos interdependientes entre sí, que han de tomarse orientados por cuatro principios fundamentales: el interés superior del niño, la participación, la no discriminación y la supervivencia y desarrollo (UNICEF, 1989). Un entramado interdependiente de derechos que han de ser interpretados como una totalidad. El “interés superior del niño” constituye el segundo principio fundamental, se encuentra en el Artículo 3 y expresa que las instituciones encargadas del cuidado o la protección de los niños, cumplan las normativas definidas en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada (UNICEF, 1989). Ello involucra a todas las instituciones

28 La reforma incluyó: División Primera Infancia (Oficina de Ingreso, Centro de Diagnóstico y hogar de madres, hogares diurnos y consultorios); División Servicio Social (Admisión, salario social, y de capacitación, asistencia y vigilancia, custodia y colocación familiar); División Internados para centralizar y modificar el carácter asilar de los internados (Archivo Central, 3 centros de Observación y hogares de derivación); Creación de las Jefaturas Departamentales y Creación de la Escuela de Funcionarios (INAU, 2014c).

que atienden a la infancia y deben por tanto velar por su bienestar. Principalmente, el Estado debe tener en cuenta los derechos y deberes de los padres o personas responsables del niño ante la ley, asegurando la protección y el cuidado que el niño requiera para su bienestar (Molas, 2012). En relación al principio de participación, se destaca la noción de “autonomía progresiva”, la cual implica que debe tomarse en cuenta la voluntad del NNA de acuerdo a su nivel de autonomía ante cualquier decisión que afecte a su vida; aspecto que tiene fundamental importancia al tratarse esta investigación, de hogares de adolescentes próximos a su egreso institucional por mayoría de edad.

Algunos apartados a destacar en relación a la CIDN constituye en primer lugar la “corresponsabilidad social”, definida como la responsabilidad conjunta del Estado y sociedad de garantizar los derechos de la infancia y la adolescencia (UNICEF, 1989). Como segundo punto, la “desjudicialización” como un horizonte de búsqueda de soluciones por fuera de la órbita judicial. Pueden utilizarse disciplinas como la psicológica, sociológica, médica, educativa y económica. En tercer lugar, la “desinstitucionalización” entendiéndose que el ámbito privilegiado de crianza es la familia, y por ello el Estado debe fortalecer este ámbito procurando prevenir una internación (UNICEF, 1989). La institucionalización por tanto constituye una situación excepcional que debe producirse por el menor tiempo posible. En su artículo 9 se refiere a la minimización de la separación del niño respecto de sus padres, contra la voluntad de estos; autorizándolo solo cuando esté en contra del Interés Superior de Niño (UNICEF, 1989). Ello implica que en situaciones donde el niño o adolescente sea objeto de maltrato o abuso por parte de sus padres o tutores, tiene derecho a una asistencia especializada y garantizada estatalmente (Molas, 2012). En su artículo 39 define la obligación del Estado de promover en caso de ser necesario una recuperación física, psicológica y de reintegración social para el niño víctima de “cualquier forma de abandono, explotación o abusos; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, o conflictos armados” (UNICEF, 1989). Esta recuperación debe ser realizada en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y su dignidad (Molas, 2012).

En caso de configurarse una situación de internación, el artículo 25 explicita la necesidad de evaluación del NNA y de las circunstancias que la motivan (Molas, 2012). El Estado debe ayudar a sus padres o tutores en caso de ser necesario, para dar efectividad en el derecho que el NNA pueda desarrollarse en las condiciones que sean necesarias para su desarrollo, de acuerdo a sus posibilidades. Otros artículos puntualizan en relación al derecho al esparcimiento, a la educación, a la salud y a la participación, como derechos de la infancia que deben ser respetados y

garantizados (UNICEF, 1989). Algunos aspectos novedosos, podrían asociarse a los organismos vinculantes Internaciones, que pueden ahora observar a cada Estado en el Cumplimiento de la protección Integral de los derechos de los niños, para todos aquellos países que ratificaron la CIDN y se comprometieron a su ejecución. En Uruguay, a partir de 1991 se considera vinculante y compromete a nuestro Estado a generar las adecuaciones legislativas, administrativas y de toda índole para facilitar y cumplir con lo ratificado. Se crea para ello en el Artículo 44 de la Ley N° 16.137 el Comité de los Derechos del Niño, el cual tiene como cometido la fiscalización de la aplicación de la CIDN. La intervención estatal, de esta manera se ve limitada respecto del paradigma previo, anulando la discrecionalidad absoluta del Juez ejercida durante la Doctrina de la Situación Irregular.

La institucionalidad de cada país debe realizar los movimientos y mecanismos necesarios para dar cumplimiento a esta normativa, y el Comité de los Derechos del Niño monitoriza a partir de ese momento su aplicación. Sin embargo, a pesar de la universalidad pretendida del CIDN, Valeria Llobet (2008) advierte acerca de su alcance cuando cada Estado haga la adaptación necesaria “en la medida de sus posibilidades”. En países “de economías emergentes” como el nuestro, los recursos son siempre insuficientes para la realidad socio-económica y política que lo atraviesa. Según esta autora, este trasfondo de economías desiguales hace de la universalización de derechos una utopía que perpetúa la desigualdad entre derechos-entre los países, más que una realidad posible (Llobet, 2008).

Uruguay específicamente ratificó en 1990 la Convención de los Derechos del Niño a través de la Ley N° 16.137; aunque fue recién en el 2004, que con la Ley 17.823 crea el Código de la Niñez y la Adolescencia en el marco del Nuevo Paradigma. Su Artículo 68, dio lugar a la modificación institucional consecuente, que dio paso del INAME al ahora denominado Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay. El INAU en consecuencia debe desarrollar las modificaciones políticas que acompañen este cambio de paradigma.

1.8 Centros de protección de tiempo completo

Según la definición de 2013 de UNICEF en torno a las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe, éstas constituyen :

“Centros en los cuales se brinda acogimiento residencial de niños, niñas y adolescentes en régimen de tiempo completo con la finalidad de protegerlos, como es el caso de los orfanatos y casas hogar, instituciones psiquiátricas y hospitales, centros migratorios, entre otras instituciones que responden a la descripción mencionada. Las instituciones que serán abordadas pueden ser públicas, privadas o mixtas, de tipo transitorio o permanente. Quedan, por tanto, excluidas del presente informe las instituciones de la justicia penal y las modalidades de cuidado alternativo de tipo familiar: acogimiento familiar y formas de cuidado informal en hogares de familiares” (UNICEF, 2013, p. 7)

Para UNICEF, estas instituciones mantienen una convivencia de normas y mecanismos que aún responden a una concepción tutelar de la infancia y la adolescencia, en convivencia con otras del paradigma integral (UNICEF, 2013)²⁹. Se toman para el presente estudio, conceptualizaciones que Goffman (2009) realizó en torno a lo que conceptualizó como Instituciones Totales. La forma de abordaje podríamos relacionarlo a lo que Foucault (2002) propone en torno a las instituciones disciplinarias, tomando su modelo del panoptismo y de la cárcel; y si bien la indiferenciación entre distintas instituciones puede ser imprecisa, tomo algunos aspectos que considero construyen el funcionamiento cotidiano de los hogares de amparo actuales.

Para este autor, son un lugar donde viven un gran número de individuos en igual situación, destacando un aislamiento de la sociedad por un período de tiempo determinado. Durante este tiempo, comparten la rutina diaria, la cual es *“administrada formalmente”* (Erving Goffman, 2009, p. 15). Este autor describe cinco tipos de instituciones totales, una de las cuales se relaciona a lo que hoy se define como centro de protección de tiempo completo: *“aquellas instituciones encargadas de cuidar a los incapaces e inofensivos. Estos serían los hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes”* (Goffman, 2009, p. 20). Es necesario destacar que estos lugares, procuran absorber parte del tiempo y del interés de sus miembros y en alguna medida culminan construyendo un mundo propio (Goffman, 2009). De acuerdo a su teoría, en ellos se desarma la configuración moderna de la sociedad, donde un individuo tiende a dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, con distintos participantes, bajo distintas autoridades y sin un plan

²⁹ Para una mejor comprensión de la composición actual de reglamentaciones y recursos humanos destinados a los hogares de atención integral de tiempo completo, ver Apéndice II.

racional macro que reúna todos esos espacios. Este nivel de “encierro”, veremos que varía según los centros actuales, conservando en algunos una situación de privación de libertad a pesar de ser de protección (Ver 2.1). Plantea asimismo que las actividades desarrolladas al interior de estas Instituciones Totales, se ejecutan con la compañía de muchos otros, a quienes se les pide que hagan juntos la misma actividad. Éstas, se imponen jerárquicamente mediante un sistema de normas y un conjunto de funcionarios; encuadradas para lograr los objetivos propios de la institución (Goffman, 2009). En los hogares de esta manera se definen horarios masivos de levantada, comida, baño, cena y acostada; así como también horarios de visita de sus familiares. En otras ocasiones veremos que conservan una totalización incluso como modo de funcionamiento para las actividades recreativas. Cualquiera de las actividades propuestas, son propuestas colectivas que deben uniformizarse a todos sus integrantes y en este sentido mantiene la totalización mencionada por Goffman (2009). Si bien hoy se mantiene como horizonte el desarrollo de un “proyecto de vida individual” con cada joven³⁰, esta perspectiva aplicada depende de sus posibilidades concretas de ejecución (cantidad de funcionarios, perfil de educadores, si tiene equipo técnico, etc.), las cuales no se encuentran garantizadas y en algunos casos, escasamente cubiertas.

Cabe destacar el manejo de la información de la vida privada de los NNA internados, el cual mantiene una estructura de poder jerárquica y muchas veces culmina circulando su información privada entre actores institucionales diversos. Mientras que en algunos centros esta información es manejada únicamente por el equipo de dirección y técnicos, en otros constituye una carpeta abierta a todos sus funcionarios. En este sentido, Goffman (2009) denomina la *mutilación del yo* al producto institucional de estos espacios, donde una de las manifestaciones es la violación sobre la intimidad que guarda sobre sí mismo el interno:

“Durante el proceso de admisión, los datos concernientes a sus estatus sociales y a su conducta en el pasado-especialmente en lo que se refiere a los hechos que lo desacreditan- se recogen y registran en un legajo, que queda a disposición del personal. Más adelante, en la medida en que el establecimiento supone oficialmente haber modificado las tendencias internas de los pupilos a la autorregulación, puede haber confesiones en grupo o individuales, de carácter psiquiátrico, político, militar o religioso, según la clase de institución de que se trate. En ocasiones el interno debe exponer hechos y sentimientos acerca de su yo ante otros tipos de público.” (Goffman, 2009, pp. 37–38).

30 Existe institucionalmente una Propuesta de Atención Individual, donde se procura que cada joven tenga un legajo singular en el centro. De todas formas, de acuerdo a lo que se desprendió de los documentos y entrevistas, se solicita principalmente en centros de amparo pertenecientes a la División Convenios.

Esta exposición obligatoria acerca de la vida privada del joven, en muchas ocasiones opera como condicionante para poder ejercer sus derechos (Ver Capítulo 2). La estructura de poder jerárquica genera en muchas ocasiones formas de relacionamiento despóticas con la información respecto de la situación de internación del joven. Este aspecto junto a otros que se desarrollan en el siguiente capítulo, podemos relacionarlo a lo que Henry Giroux denomina como currículum oculto de la institución:

“...es el conjunto de normas, costumbres, creencias, lenguajes y símbolos que se manifiestan en la estructura y el funcionamiento de una institución. Sin pretenderlo de manera reconocida, el currículum oculto constituye una fuente de aprendizajes para todas las personas que integran la organización. Los aprendizajes que se derivan del currículum oculto se realizan de manera osmótica (mutua influencia), sin que se expliciten formalmente ni la intención ni el mecanismo o procedimiento cognitivo de apropiación de significados.” (Giroux en Silva Balerio, 2012).

Este concepto, tomado de la pedagogía crítica, nos diagrama el eje de trabajo a analizar en el recorrido del siguiente capítulo. Es decir, no se procura indagar sobre narrativas instituidas, sino que se procura encontrar las prácticas y relatos no formales o no explícitos, pero que sin embargo operan diagramando la trayectoria de vida de estos jóvenes a partir de su dispositivo de atención.

Resta entonces problematizar en torno a las nociones de intervención en salud mental, en psiquiatría y particularmente sobre el fenómeno de la prescripción y la administración de psicofármacos. Para los adolescentes, estas nociones remiten a una forma directa de intervenir sobre ellos y en definitiva, diagraman las posibilidades de desarrollo de ser y estar en el mundo.

1.9 ¿Qué lugar ocupa el síntoma?

Las políticas públicas en salud mental, debemos comprenderlas como un marco jurídico, conceptual e ideológico que define la forma de dar atención a las llamadas enfermedades mentales. Los efectores de salud públicos y privados, son aquellos que gestionan y aplican las políticas públicas diseñadas, implementando sus estrategias de intervención³¹ (de León et al., 2013). Estas estrategias a su vez, contemplan las formas de concebir la locura para una sociedad determinada. Retomando a Michel Foucault (1999), él define a la locura o al padecimiento psíquico como una modalidad de lo anormal, producto de una binarización y normalización previa que se produjo a comienzos del Siglo XIX. Junto a la instalación del disciplinamiento de las conductas anormales durante ese siglo, se legitima un saber-poder que se hizo visible en una nueva figura de autoridad, el psiquiatra. La difusión de esta figura para Foucault, se produce fundamentalmente a partir del proceso de psiquiatrización de la infancia; concibiendo a la infancia como el lugar de fundación de toda enfermedad mental, incluso de aquella que se manifiesta recién en la vida adulta (Foucault, 2012a). Y en particular, este proceso se genera a través de la psiquiatrización del niño *no loco* –originalmente a través de la figura del niño *idiot*-. Se categorizan así *anomalías* como desviaciones menores; y a partir de ello se posibilita una generalización de un nuevo poder psiquiátrico. La psiquiatría para este autor, es remitida a una forma de administrar más que para intervenir terapéuticamente; y dispone de la posibilidad de juzgar al otro su capacidad, y de ubicarlo en el lugar de la sinrazón (Foucault, 2012a). Además, el dispositivo psiquiátrico genera la transformación conceptual de la locura en enfermedad mental, anudándola a las cualidades de peligrosidad y marginalidad. Esta asociación, repercute en un aumento de la demanda social de intervención y asistencia (Amarante, 2006).

Siguiendo a este autor, para analizar el dispositivo psiquiátrico debemos comprender tres ejes diferenciados e interrelacionados: en primer lugar el del poder del psiquiatra fundamentalmente, pero también de todos aquellos otros actores que lo hacen posible en su ejercicio cotidiano (Foucault, 2012a). El poder desplegado por aquellos que tienen el conocimiento sobre lo que le sucede a un otro psiquiátrico, que no puede dar cuenta de sí (Foucault, 2012a). En los hogares, éstos son todos los actores de contacto cotidiano con los adolescentes, que solicitan el servicio psiquiátrico. Por este motivo, se entrevistó a educadores y a las gestiones de los hogares, así como a sus psiquiatras; entendiendo que todos ellos son actores que de alguna manera aportan al cumplimiento de dicho poder.

31 En INAU, el efector de Salud es División Salud. Para una mejor comprensión, ver Apéndice I.

En segundo lugar es necesario analizar *la verdad* del alienado como objeto de *saber*. Queriendo incidir en esta relación de poder establecida entre la psiquiatría y el paciente, se entrevistaron a jóvenes que hayan vivido en centros de protección de tiempo completo, para que den cuenta por sí mismos del dispositivo de atención que recibieron. El tercer eje del dispositivo psiquiátrico, es el análisis de la subjetivación producida. Esta última, debemos comprenderla en tanto sujeción, a partir de los regímenes de verdad y las prácticas discursivas que impone el dispositivo psiquiátrico. En este sentido, la *cura* psiquiátrica se relaciona a un estado de total sumisión frente al poder psiquiátrico. Por lo tanto, su interiorización impuesta lo constituye como estructural de su personalidad, produciendo -en el encuentro con la psiquiatría- la misma enfermedad que en simultáneo *cura* (Foucault, 2012a).

Según Andrea Bielli (2012), la psiquiatría ha tenido fundamentalmente dos tradiciones terapéuticas relacionadas a la forma de comprender el malestar psíquico de las personas: una más vinculada al uso de la palabra y el entendimiento del malestar como una expresión bio-psico-social del sujeto y otra tradición orgánica, donde el síntoma se comprende como un desequilibrio a nivel de los neurotransmisores en el organismo (Ver 1.12). Hasta los años 50, Uruguay se encontraba en una fase pre-farmacológica, donde el “loco” encontraba su lugar en los centros asilares como mano de obra explotada (de León et al., 2013). Los *locos*, eran generalmente inmigrantes que no lograron adaptarse a la nueva forma de vida propuesta en Uruguay. A partir de allí, comienzan a desarrollarse los psicofármacos iniciales -clorpromazina y haloperidol-, para posteriormente generar otros que compensen los efectos secundarios de los primeros (de León et al., 2013).

Como desarrollamos a partir de este ejemplo migratorio, existe una estrecha relación entre la situación de pobreza y la atención psiquiátrica en América Latina, relacionando el trastorno mental a los procesos de estigmatización y vulneración de derechos; los cuales a su vez, se ven potenciados por las terapéuticas empleadas (Rodríguez en de León et al., 2013). Éstas, culminan reforzando los mismos procesos de exclusión que genera la patología, desde una intervención asilar y fundamentalmente farmacológica. En este sentido, sobre mediados de los 80 comienzan a visualizarse los jóvenes criollos de clase marginal como la población que padecía enfermedades mentales en Uruguay (de León et al., 2013); contando a la actualidad con varias investigaciones que dan cuenta de la vinculación directa entre la pobreza -por ejemplo personas en situación de calle- y padecimientos psiquiátricos (de León et al., 2003).

En 1965, Rogerno Bastide publica su trabajo “Sociología de las enfermedades mentales”, donde define al loco en relación con ciertos criterios sociales y a los modos de estar en el mundo que son

valorados como correctos para vivir en una sociedad determinada (Bastide en de León et al., 2013). Esta visión, incorpora múltiples factores que inciden en su desarrollo -biológicos, ambientales, culturales, vinculares, etc.- (Bastide en de León et al., 2013). En consonancia, el psiquiatra y psicoanalista Emiliano Galende (2008) propone volver a comprender globalmente a la salud mental desde un enfoque bio-psico-social e indagar sobre los fundamentos epistemológicos y metodológicos que sustentan las prácticas actuales de la salud mental (Galende, 2008). Para ello, comienza definiendo a la integración del individuo en función de varias variables: de su ingreso económico, de la circulación social (a través de sus relaciones sociales y comunitarias), y de los recursos simbólicos con los que cuente para poder interactuar en su cultura como respuesta a un malestar psíquico (Galende, 2008). Uruguay para ello, desde el 2005 cuenta con el Programa Nacional de Salud Mental donde explicita como problema la marginación masiva de los enfermos mentales y el retraso en la incorporación de psicoterapia y abordajes psicosociales a los Servicios Públicos y a las Instituciones de Asistencia Privadas (M.S.P.- DI.GE.SA., en de León et al., 2013).

En este sentido, Galende (2008) toma algunos aportes de Freud y plantea que en la intervención no se trata de hacer desaparecer al conflicto, sino de hacerlo hablar. Y para ello, tiene que haber disposición del otro para escuchar y hablar al mismo tiempo; para restituir la dimensión del sujeto implicado en su existencia (Galende, 2008). El síntoma desde esta perspectiva es un intento de reparación que pretende encontrar equilibrio a un juego de fuerzas desequilibrado, impidiendo la entrada a la conciencia y al pensamiento. El delirio del psicótico podemos entenderlo desde aquí como un intento de reconstruir un real tolerable solo significativo para él; producto de sentir al mundo como algo extremadamente doloroso, imposible de aprehender por el sujeto (Galende, 2008). Por lo tanto, el síntoma ocupa el lugar de la enfermedad como corrimiento metafórico; y metáfora y síntoma, remiten al significante de enfermedad, como el lugar donde condensan los problemas sociales o las alteraciones biológicas. Si continuamos desde esta perspectiva, el síntoma psíquico emerge a partir de fuerzas contrapuestas del plano del deseo y de su realidad, y por tanto solamente el pensamiento y la reflexión posibilitarán su resolución posterior (Galende, 2008). El psicofármaco, en tanto calla a los afectos que acompañan el malestar (insomnio, ansiedad, depresión, desgano depresivo), hace que permanezca el síntoma, en tanto le impide al sujeto actuar con conciencia sobre las contradicciones de sus deseos o de su realidad. El psicofármaco entonces opera aligerando la situación de existir, enajenándose de uno mismo y deviniendo un otro sin esos síntomas afectivos. A eso denomina Emiliano Galende (2008) la *ilusión de no ser*: como un devenir otro potente y anestesiado, sin fatiga ni dolor.

1.10 Historias para medicalizar

Foucault (1976) describe el proceso de instauración de la medicalización, ocasionado por el despegue del sistema médico y sanitario a partir del siglo XVIII. El autor hace foco en tres procesos: el primero, lo llama “La Biohistoria” y la define como los efectos biológicos generados a partir de la intervención médica, desde donde parte el fenómeno de la medicalización. El segundo, es la medicalización incorporada cada vez a una red más amplia, en la medida que funciona la medicina en el comportamiento y el cuerpo humano. Como tercer y último proceso está la Economía de la Salud, desde donde se comienza a relacionar el mejoramiento de los servicios de salud a un consumo y gasto económico, como privilegio de las sociedades más prestigiosas.

La medicina que se desarrolló a partir del siglo XVIII, inmersa en el capitalismo, es para este autor una disciplina que inicialmente atendía al cuerpo social, desde donde solo un aspecto remite a una relación individual entre médico y paciente. El capitalismo desarrollado a fines del S. XVIII, principios del S.XIX, socializó al cuerpo individual en tanto fuerza de trabajo, para tomarlo desde la medicina recién a mediados del S. XIX. Realizando un breve recorrido, este autor plantea a la formación de la medicina social en tres etapas: la creación en Alemania de una medicina del Estado, en Francia una medicina urbana y en Inglaterra, una medicina de la fuerza laboral (Foucault, 1976).

En la primera medicina en el Siglo XVIII, el Estado era objeto de conocimiento a la vez que instrumento y lugar privilegiado de adquisición de saber. Se comienza a pensar en términos de poblaciones, de fuerza activa, y con esto comienzan a calcularse las natalidades, mortalidades, índice de salud y crecimiento poblacional (Ver 1.5). En Prusia, a comienzos del siglo XIX se crearon “funcionarios médicos” encargados de la salubridad de su población. Este saber médico estatal, estaba legitimado por sus instituciones educativas y en consiguiente, produjo una progresiva normalización de la medicina. Por otra parte, los médicos se subordinaron a una administración estatal general -creando cargos médicos- y finalmente los organizaron en una medicina estatal general: creándose así la medicina de Estado. En este momento, el foco a preservar son el conjunto de los cuerpos individuales que conforman el Estado. Este modelo Alemán se profundizó durante el siglo XIX (Foucault, 1976).

El segundo modelo de medicina presentado se produce en Francia a fines del S. XVIII, creándose una medicina social a partir del fenómeno de la urbanización. Su objetivo consistía en organizar a las grandes poblaciones con un criterio unificador y coherente. El proletariado reinante mantenía

graves problemas económicos que generaban enfrentamientos y saqueos con la burguesía -lo cual culmina incidiendo en la conformación de la Revolución Francesa-. La inequidad político-sanitaria creada en el urbanismo, hizo que se tomaran medidas políticas y médicas, creándose la cuarentena como mecanismo de expulsión y de purificación urbana³². Se controla la circulación de los vivos y la disposición de los muertos -a través del traslado de los cementerios a la periferia de las ciudades- y se promueve la ventilación de la ciudad a través del contacto con otros profesionales, como los químicos. La medicalización aquí se produce a partir de la medicina en el estudio del hombre con su medio ambiente (como el aire, agua), en tanto lo afecta en su desarrollo. Se constituye la *salubridad*, como el estado del medio ambiente que asegura el desarrollo de las mejores condiciones de salud del individuo. Así la medicina científica del siglo XIX, tuvo origen en esta experiencia urbana francesa a fines del siglo XVIII.

La medicalización para este autor, se instala de la mano de la conformación de la medicina como disciplina científica y se produce en primer lugar en el Estado, en segundo lugar en la ciudad, para finalmente tener como foco el disciplinamiento de los pobres en Inglaterra (Foucault, 1976). Esta última fase la denomina como la medicina de la fuerza laboral. Su aparición tardía, está relacionada a que los pobres en realidad aseguraban y permitían el funcionamiento de una ciudad -repartían cartas, juntaban la basura- y el asinamiento no había llegado al punto de visualizarse como un peligro sanitario. A partir de la expansión del cólera, se valoró que la mezcla de burgueses y plebeyos urbanos en la ciudad constituía un peligro sanitario y se redistribuyeron las ciudades. Si bien en Francia el Estado intervino sobre la propiedad privada y se establecieron construcciones diferenciadas para cada clase social, en Inglaterra la “Ley de los pobres” establece un control médico del necesitado, donde por un lado acceden al sistema de asistencia y por otro quedan obligados a someterse a sus controles (vacunaciones, control de enfermedades haciendo obligatoria su declaración, etc.). Pudo analizarse con posterioridad, que mediante este sistema se controló a las clases más pobres a pesar de que en su creación establecía equidad para todos sus habitantes. Su objetivo, radicaba en la optimización como fuerza de trabajo y la minimización del riesgo sanitario para las clases adineradas. Es el control de la población más necesitada a través del poder médico; y como consecuencia, aparecieron movimientos reivindicativos del derecho a enfermarse y a morir según la voluntad individual, en contra de la medicalización autoritaria de sus cuerpos y enfermedades. Esta relación poco distante entre lo que hoy llamaríamos de “derecho a la asistencia en salud como derecho humano” y la obligatoriedad de su ejecución por parte del

32 Con la Lepra como epidemia sanitaria, se relacionó la intervención médica a un control militarizado exhaustivo de la población. Se reportaban día a día apareciendo en su ventana para que los militares contabilizaran a la población, de manera de saber si continuaban vivos. De no presentarse, se consideraba que habían enfermado y ello concatenaba la expulsión de la cuarentena (Foucault, 1976).

paciente, la veremos reflejada en los centros de protección de tiempo completo como un ámbito privilegiado. Michel Foucault planteó que estos tres sistemas en la actualidad, funcionan articuladamente en una sola medicina que captura estas tres potencialidades de su desarrollo: el sistema de una medicina urbana orientada al control general, un sistema estatal oneroso y un sistema focalizado de poder según el destinatario de la misma. Sobre este fondo, se erige la medicalización como fenómeno social, relacionada a la instauración de la medicina como dispositivo de normalización (Foucault, 1976).

Relacionado a este desarrollo histórico, para Carpintero (2011) el proceso de la medicalización debemos comprenderlo dentro de la instauración de la medicina en la sociedad actual, donde se producen resignificaciones médicas a circunstancias y procesos no-médicos, de carácter social o de la vida cotidiana. Estas resignificaciones, pueden tanto agruparse bajo la denominación de “enfermedades” como de “desórdenes”, simplificando la complejidad de los procesos vitales a “cuestiones de orden médica o psicológica” (Cannellotto & Luchtenberg, 2010). Su relación con el capitalismo es directa y se fundamenta no solamente a través de la ideología transmitida, sino que asegura a los cuerpos productivos para el mantenimiento del sistema.

En este sentido, Foucault plantea al cuerpo como una realidad biopolítica que tiene a la medicina como una de sus estrategias privilegiadas (Foucault, 1976). Por lo tanto, las tecnologías de poder implicadas son la biopolítica en tanto politización del cuerpo y gestión de la vida, anudada con la medicalización -que también tiene por objeto al cuerpo, la salud y la vida-. La medicalización supone entonces que buena parte de nuestra vida pueda ser sujeta a controles médicos; y los efectos, son de normalización y sanción de determinadas prácticas (Cannellotto & Luchtenberg, 2010). Por consiguiente, la estrategia de la medicalización estaría relacionada a las significaciones del cuerpo, la vida, la salud y el bienestar; y su existencia se anuda a una voluntad política-ideológica, no solamente por medio de la adquisición de bienes y recursos tecnológicos. La medicalización en sí como proceso, es funcional al mercado de la salud-enfermedad, y anuda con los ideales de autosuficiencia, éxito y juventud eterna que visualizamos anteriormente. Las recetas médicas acordes a dicho proceso, sostienen en definitiva procesos identitarios que promueven una construcción subjetiva que consolida los ideales y a sus consumidores (Cannellotto & Luchtenberg, 2010).

Este trasfondo ideal supone un riesgo de exclusión social, el cual opera como factor de tensión permanente para aquel que se resiste a perpetuar los valores de rendimiento óptimo y juventud eterna. En este sentido, los escenarios relatados que mantienen condiciones de vulnerabilidad

vividas, hacen que su estilo de vida, costumbres y demás, sean distantes de aquellos ideales de clase media universal de los uruguayos, y por tanto su intervención resulta más agresiva (Fraiman & Rossal, 2011). Por medio de este tratamiento medicamentoso les pedimos que toleren las situaciones en las que viven, a la vez que se comporten socialmente como si vivieran en la tan deseada clase media (Cannellotto & Luchtenberg, 2010). Este proceso homogeneiza a las singularidades en la masa social a la vez que individualiza las problemáticas sociales, desactivando potencias individuales y colectivas (Lazzarato, 2010) y generando una situación de dependencia. En este proceso, se desestiman los determinantes sociales de la salud mental y las intervenciones políticas y comunitarias que podrían modificar las condiciones de vida del sujeto. La estrategia de medicalización que opera sobre la salud, influye en la configuración de la subjetividad y en las significaciones sociales, colocando a los sujetos en lugar de pacientes al considerarlos enfermos o enfermos potenciales (Infac en Cannellotto & Luchtenberg, 2010). El sujeto queda en este proceso codificado y en una posición culpabilizante por padecer esa enfermedad (Carpintero, 2011).

En Uruguay la medicalización se consolida para Barrán (1999) durante el primer gobierno de José Batlle y Ordóñez. Se produce con la instalación social del higienismo, por medio de un modelo estatal benefactor promovido por las clases altas. El positivismo se instauro separando religión y filosofía, Iglesia y Estado y se basa fundamentalmente en un saber médico que se propaga por toda la sociedad -a través de los preceptos de higiene y el control de la sexualidad-. Hemos desarrollado a su vez, cómo este control médico se anuda a otros poderes sociales (policía, educación y disciplinas sociales), garantizándose su propagación y haciendo de su servicio un accionar obligatorio, fundamentalmente para las clases más pobres (Ver 1.6). Los preceptos del higienismo implicaban que si el sujeto constituía un riesgo sanitario para sí y para los otros, se habilitaba a intervenir sobre la situación e imponer su cumplimiento de higiene y prescripción médica; lo cual es similar a la “Ley de los Pobres” desarrollada en Inglaterra (Foucault, 1976).

1.11 Subjetividades medicalizadas

Como logro del mercado y de la instalación de la figura del consumidor en nuestra sociedad, los fármacos también constituyen un objeto que permite acceder a los ideales sociales y a la calidad de vida valorada socialmente (Galende, 2008). Este nuevo sujeto, pretende borrar los rasgos culturales indeseables, mediante la subjetividad de un consumidor medicalizado. Es necesario comprender que la medicalización se instauro en la sociedad más allá de los doctores que la promulgan, en tanto es producto de valores sociales que son congruentes a esta perspectiva de

consumo (Galende, 2008). Para Galende (2008), este escenario provoca la desubjetivación del sujeto. Sin embargo, otros autores plantean nuevas modalidades desterritorializadas de poder, con nuevas subjetividades consecuentes.

Lazzarato (2010), plantea que la medicalización se erige como un territorio donde confluyen dos tecnologías de poder: una biopolítica y una noo-política; en una relación entre el gobierno de los cuerpos y gobiernos de los signos. Para ello, distingue a la vida como producto biológico (nacimiento, enfermedad, etc.), de la vida como memoria. Este autor plantea que hay nuevas formas de poder que toman como objeto a la memoria y la atención. La noo-política, se define como el conjunto de técnicas de control que se ejercen sobre el cerebro, implicando en principio la atención, pero teniendo como objeto la modulación de la memoria y su control (Lazzarato, 2010). Así como las disciplinas moldean los cuerpos, las sociedades de control (que son las contemporáneas para este autor) moldean los cerebros y su memoria espiritual. De esta manera tendríamos la distribución de los cuerpos disciplinados distribuidos en espacios circunscritos (escuela, fábrica, etc.), más la gestión de la vida garantizada por el biopoder; sumando por último la modulación de la memoria y de sus potencias virtuales regulada por la noo- política, por medio de los audiovisuales, la opinión pública, la percepción, la inteligencia colectiva, etc.

Este autor además conglomerar agrupaciones sociales según el tipo de control delimitado para ellos: la clase obrera habita el espacio disciplinario, la población se encuentra en la gestión biopolítica, y el público se ubica en la virtualidad regulada por la noo-política. El público o los públicos, lo define como una masa dispersa donde accionan sus *espíritus* a distancia, inmersos en las sociedades de control. Estas sociedades son constituidas por el agenciamiento de todos estos dispositivos mencionados, generando tecnologías y procesos de subjetivación que son sensiblemente diferentes a los de las sociedades disciplinarias (Lazzarato, 2010). La medicalización al igual que la noo-política, tiene la capacidad de agrupar a todos estos poderes de manera desterritorializada, como acción a distancia y como virtualidad de acción entre cerebros (Lazzarato, 2010). Es ahí donde podemos pensar en la medicalización como operación de control desterritorializada o como expresión de un ejercicio noo-político.

En consonancia a estos desarrollos que apuntan a nuevas formas de control desterritorializadas, la filósofa española Beatriz Preciado (2013) plantea el desarrollo de un tercer tipo de capitalismo que nombra como tecnocapitalismo avanzado; donde la transformación del sexo se convierte en objeto de gestión política de la vida. En este espacio se mezclan los movimientos políticos llevados a cabo para el control de la sexualidad con los sistemas de medicalización. Esta autora

hace un paralelismo histórico entre la salida al mercado del primer antidepresivo de venta masiva, y las propagandas estadounidenses de lucha contra la homosexualidad como forma de antinacionalismo. Los valores políticos de la época resaltaban tanto a la mujer como al varón en lugares fijos, estáticos y perfectamente diferenciados, produciendo cuerpos dóciles y heteronormativos. La molécula farmacéutica más vendida en la historia de la humanidad, salida a la venta en 1946, fue la píldora anticonceptiva. En este sentido, la medicalización también debemos leerla desde intervenciones noo-políticas que diseñan modos de ser femeninos y masculinos, siempre heteronormativos. Según esta autora, un año más tarde sale al mercado la molécula de metadona, un opiáceo vendido como analgésico; y se inventa el término género para diferenciarlo de sexo, entendiendo que es posible modificar el género de cualquier bebé hasta sus 18 meses. En 1966 se inventan los primeros antidepresivos que intervienen en la síntesis del neurotransmisor serotonina. En este marco, los niños también constituyen un territorio a intervenir directamente, concluyendo a principios de este siglo, 4 millones de niños tratados con Metilfenidato por TDAH, más 2 millones que consumen psicotrópicos para la depresión infantil. Este escenario es analizado como la articulación de los nuevos dispositivos microprostéticos de control de la subjetividad, con nuevas plataformas biomoleculares y mediáticas. Constituyen un tráfico de signos y de concentración de capital, a la vez que se elaboran mil variedades psicotrópicas sintéticas legales e ilegales (Preciado, 2013).

Para esta autora, durante el Siglo XX se produce lo que llama la materialización farmacopornográfica, donde la psicología, la sexología y la endocrinología transformaron los conceptos de libido, conciencia, feminidad, masculinidad, heterosexualidad y homosexualidad en realidades tangibles, en sustancias químicas y en moléculas comercializables. Los cuerpos como biotipos humanos son entonces bienes de intercambio gestionados por las multinacionales farmacéuticas. Por medio de estas empresas, se transforma nuestra depresión en Prozac, nuestra masculinidad en testosterona y nuestra erección en Viagra (Preciado, 2013). Las subjetividades conformadas en el marco de estas sociedades, las nomina como subjetividades toxicopornográficas: subjetividades que se definen por la sustancia que domina su metabolismo (sujetos cannabis, sujeto alcohol, sujetos Viagra, etc.); obteniendo un cuerpo como artefacto que adquiere estatuto natural. El capitalismo actual, tiene como motor el control farmacopornográfico de nuestra subjetividad, cuyos productos son los fármacos, las sustancias de consumo y todo lo que produce estados mentales y psicosomáticos de excitación, relajación y descarga. Este proceso, genera a la vez una sensación de control omnipotente pero de insatisfacción necesaria para no quedar saciado y seguir consumiendo. Es una nueva economía dominada por la era de la píldora, y el cuerpo adicto es su principal recurso. En este biocapitalismo, una enfermedad

adviene como tal como consecuencia de un modelo médico y farmacéutico capaz de explicarla discursivamente, materializarla y tratarla de manera más o menos operativa; pero no existiría en sí misma más allá de los soportes técnicos, farmacéuticos y mediáticos capaces de materializarlos. Esta autora hace un paralelismo entre la creación de masculinidad-feminidad y la creación de enfermedad: ninguna existe sin su correlato molecular –serotonina, testosterona- como ficciones médicas. Si en la sociedad disciplinar el control del cuerpo se producía desde el exterior, en este escenario el control es una tecnopolítica que toma forma de cuerpo, se incorpora y se disuelve; con tecnologías que viajan a altas velocidades y son de difícil aprensión (viscosas, inyectables, aspirables, incorporables). Se constituyen como tecnologías blandas de microcontrol que se transforman y toman forma de cuerpo y desde el momento que se hacen inseparables, devienen en subjetividad. El cuerpo ya deja de habitar lugares disciplinarios, sino que el espacio disciplinario habita en el cuerpo (Preciado, 2013).

Para producir este escenario, se criminaliza progresivamente a la intoxicación voluntaria y se privatizan las sustancias que venden las grandes multinacionales farmacéuticas. Las hormonas, son técnicas claves para la producción de género que dibujan una cartografía de espacios sexopolíticos disciplinarios. Estos espacios, localizan diferentes instituciones de encierro y de control de la feminidad y la masculinidad; aunque se produce dentro de un marco de libertad territorial. Sin embargo, en el análisis político sobre las hormonas masculinas o femeninas, hay una sustancial diferencia: la hormona masculina es estudiada respetando y prescribiendo a los valores de fortaleza, virilidad, juventud, fuerza, vigor y deseo sexual; mientras que para las mujeres la búsqueda se relaciona al control de la natalidad, a su capacidad reproductiva y a su docilidad³³. Políticamente, producir mujeres dóciles es significativamente más accesible que acceder al empoderamiento hormonal de la testosterona. Por lo tanto, la mujer como género intervenido por el poder médico, es producida por un fármaco que controle su capacidad sexual; y si precisa disminuir sus efectos secundarios -como la frigidez y depresión- se puede adherir otro fármaco que lo minimice (Preciado, 2013). En conclusión, este control de la sexualidad modifica a los cuerpos en tanto plataforma viva de órganos, flujos, conexiones, neurotransmisores y capacidad de agenciamiento y conexión; constituyéndose como soporte de un programa político. El cuerpo se traga al poder, a la vez que se produce un cuerpo diseñado para deseirlo (Preciado, 2013). Esta metáfora, donde el poder es incorporado y deseado al mismo tiempo, nos permite en este

33 Según esta autora, la píldora anticonceptiva conlleva una rebaja en la mujer de los niveles de testosterona, produciendo pérdida del deseo sexual y ofreciendo a cambio modificaciones hormonales que moldean el cuerpo de la mujer al estereotipo deseado (disminuye la grasitud en el rostro, aumento de senos, etc.); constituyendo además un fármaco de venta libre. Resulta llamativo sin embargo, como la accesibilidad al estrógeno y progesterona es contraria a la dificultad de acceso a la testosterona. Esta última se vende solamente bajo prescripción médica y ante un tratamiento de hormonización para el cambio de sexo (Preciado, 2013).

estudio nominar el fenómeno de prescripción o consumo de psicofármacos, como dos caras de un mismo proceso por el cual se produce una intervención psiquiátrica, una prescripción de psicofármacos y un consumo deseado posterior.

1.12 Capitalismo farmacéutico

El alcance actual de las multinacionales farmacéuticas debemos comprenderla en el marco de la instalación de lo que varios autores denominan como *mercado de la salud* (Rodríguez Zoya, 2010). Este mercado ha permitido mutar la noción de *salud* a *calidad de vida*, mercantilizando sus servicios y permitiendo a las industrias farmacéuticas la comercialización de productos que ya no necesariamente intervienen sobre una enfermedad. Por medio de la venta del ideal de *la salud perfecta*, se promocionan un sin fin de productos vendidos como salud-mercancía. Esto implica que la nueva forma de venta mantiene como objetivo alcanzar mejores *niveles de salud*; y el rol del médico en este escenario, es desplazado al rol de un promotor de consumo (Rodríguez Zoya, 2010). Pero analicemos este escenario en varios planos que lo componen.

En primer lugar, cabe destacar que la mayoría de los psiquiatras que trabajan en la elaboración del DSM (American Psychiatric Association, 2002), mantienen doble anclaje laboral, realizando investigaciones o siendo financiados por las industrias farmacéuticas (Frances, 2014). Allen Frances (2014) es un psiquiatra estadounidense que ha participado de la American Psychiatric Association (en adelante APA) en la elaboración de los criterios diagnósticos del DSM III y IV, en función de lo cual alerta en relación a las modificaciones con el criterio de continuar desarrollando diagnósticos que podrían ser aplicables a cualquiera de nosotros, por una variación anímica producto de un suceso de la vida normal. Este autor describe como a raíz de la selecta aplicabilidad del DSM II, participa junto a otros psiquiatras del proceso de elaboración de los criterios diagnósticos del DSM III; aunque según su relato, sin prever la masividad de su aplicabilidad consecuente. La enorme cantidad de diagnósticos y prescripciones con psicofármacos que se produjeron, lo llevaron a alertar de la situación de cara a la cuarta edición del DSM. Sin éxito en su advertencia, este proceso continúa en una franca expansión diagnóstica, ya ahora en la última edición del DSM V. En esta edición, se aumentaría de un 30 a un 50% la cantidad de diagnósticos posibles, a la vez que ofrece únicamente al psicofármaco como alternativa terapéutica (Frances, 2014). Dentro de su análisis, este autor cuestiona la extensión diagnóstica para la expansión del poder y laboral del campo psiquiátrico (Frances, 2014).

Esta modificación supone una nueva forma de intervenir y de concebir al sufrimiento humano:

genera una concepción de las personas como inherentemente enfermas, en tanto abandona la creencia de la enfermedad como hecho separado y excepcional en la vida del sujeto. En consecuencia aumenta exponencialmente el mercado, proponiendo un tratamiento permanente con psicofármacos, para restituir los valores que se definen como *normales*. En este sentido, en determinados desarrollos teóricos estadounidenses plantean la existencia de un *yo farmacéutico*; donde el funcionamiento del cerebro siempre se encuentra bajo el efecto de algún psicofármaco (Dumit en Bielli, 2012). Lo farmacéutico de esta manera organiza relaciones, intercambios, conceptos e instaura realidades. Los saberes académicos deben acoplarse a estos movimientos de marketing o de lo contrario se tornan obsoletos; por lo que la psiquiatría ha venido incluyendo a los psicofármacos como su tratamiento por excelencia, asumiendo una ruptura con las teorías y terapéuticas más psicodinámicas (Bielli, 2012).

En definitiva, estas nuevas formas de medicalización se sustentan en la creación de nuevas categorías diagnósticas y del aumento en el consumo y en la prescripción de psicofármacos. En efecto, a partir de esta mercantilización de la salud y de su atención, las industrias químico farmacéuticas juegan también un doble rol: por un lado producen y distribuyen sus productos y por el otro intervienen sobre la legitimación social que contribuye a su consumo. En este sentido, han desarrollado en el último tiempo estrategias de marketing exitosas, legitimándose a sí mismos en su venta (Laplacette & Vignau en Rodríguez Zoya, 2010). Esta legitimación se expresa consecuentemente en formas como la hiperprevención, el sobrediagnóstico, la cultura del riesgo, las pruebas genéticas y la invención de enfermedades (Rodríguez Zoya, 2010).

¿Cómo se produce este fenómeno? En primer lugar, las investigaciones de las empresas farmacéuticas constituyen hoy el 80% de las investigaciones psiquiátricas, divulgadas en la mayoría de las revistas científicas y publicadas en congresos académicos; donde invitan a los médicos costeadando sus expensas, y a los medios de comunicación a cambio de unos segundos de reportaje. Esto genera la sensación social de la necesidad del producto, a la vez que estimula a los médicos a prescribirlo (Frances, 2014). Entendamos que para el paciente, la prescripción de una droga supone no solamente la recomendación de uso de la misma, sino la indicación como “obligatoriedad” de usarla en tanto un médico le informa sobre su necesidad. Debemos considerar además, que actualmente existe poco financiamiento para la investigación científica de otros enfoques que no estén directamente relacionados a la venta del fármaco consecuente, o que puedan indagar sobre la efectividad de otro tipo de terapéutica (Frances, 2014).

¿Cómo investigan las empresas farmacéuticas? Según los autores relevados, comienzan

utilizando estrategias de marketing para indagar cuáles son los estados de salud en la población que puedan ser resignificados como síntomas y así incorporarlo al campo de las nosologías patológicas (Rodríguez Zoya, 2010). De esta manera, los problemas personales y sociales son vendidos como enfermedades anímicas; los procesos normales de la vida vendidos como problemas médicos y la venta de riesgos (como el caso del colesterol) vendidos como enfermedades. También ocurre que síntomas poco frecuentes sean comercializados y se conviertan en una epidemia de extraordinaria propagación, como las disfunciones sexuales (Rodríguez Zoya, 2010). Otra estrategia ha sido la venta de síntomas leves como indicios de enfermedades más graves, que junto a otras sintomatologías podrían constituir un cuadro clínico y que por prevención, la constituye en sí como enfermedad. Todo este proceso, desplaza el campo de lo normal -la salud- al campo de lo patológico -la enfermedad-, concatenando algún fármaco o psicofármaco para su cura (Rodríguez Zoya, 2010).

Los laboratorios para garantizar su venta, también incluyen otra estrategia: luego de la invención de la enfermedad exageran los posibles impactos en la salud a partir del malestar, teniendo como fin, persuadir al consumidor de autopercebir dichos síntomas. Para esto, en EEUU es desplegada una estrategia de marketing y publicidad directa al público para la venta de su producto³⁴, a la vez que como mencionamos, también se despliega en la comunidad de profesionales de la salud a través de congresos y publicaciones. Se vende por tanto al mismo tiempo que el fármaco para su cura, la creación de la nueva enfermedad (Frances, 2014).

En efecto, Bielli (2012) desarrolla la relación directa entre la creación de la enfermedad y la aparición del fármaco, describiendo el proceso de aparición de los antidepresivos en Uruguay, realizando un paralelismo entre nuestro país y el fenómeno internacional. Los antidepresivos aparecen en 1957 con sus primeros tipos llamados tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), los cuales sentaron la primera discusión acerca de la naturaleza etiológica de la depresión (orgánica o psicosocial), construyendo también antagonismos en el tipo de terapéutica adecuada para este padecimiento. En la segunda edición del DSM, la depresión era diagnosticada luego del mantenimiento de dos años de los síntomas, lo cual hacía que su diagnóstico estuviera circunscrito a un número determinado de personas. Sobre los '80, llega al mercado farmacéutico los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) el cual se produce concomitantemente con una modificación del criterio diagnóstico del DSM III, el cual

34 Si bien en nuestro país este tipo de propaganda relativa a psicofármacos directa al público es ilegal, conviene advertir que sí se permite donde se elabora el mayor manual de psiquiatría, el cual es utilizado en nuestro mundo: *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM)*, elaborado por American Psychiatric Association.

cambia de dos años de síntomas, a dos semanas. El Uruguay desde este momento se autoproclama estar bajo el imperio de la depresión, diagnosticando masivamente a los uruguayos a la vez que realizando numerosos congresos y conferencias sobre el tema en la comunidad médica. Estos nuevos psicofármacos se muestran con menores efectos secundarios y por tanto son pasibles de aplicarse a la población que no necesariamente estuviese bajo una patología psiquiátrica severa. A partir de dos semanas de síntomas no graves (como decaimiento), podría medicalizarse en pos del aumento de la calidad de vida (Bielli, 2012).

Hasta ese momento, estaban en el mercado los tranquilizantes benzodiazepínicos que mantienen probados efectos adictivos (Barros, 1999) y se aplicaba también como antipsicótico restringido a determinados cuadros psicóticos. Las benzodiazepinas hasta ese momento constituyeron el fármaco no específico de mayor comercialización. El prozac (fluoxetina) fue el antidepresivo de última generación más conocido, alcanzando niveles de ventas descomunales para la época y a partir del cual se instalan en el mercado los fármacos para la dolencia psíquica de uso extendido³⁵. Con la venta masiva de este tipo de antidepresivos, se consolidó en el mercado los fármacos que intervienen sobre el Sistema Nervioso Central (Bielli, 2012).

Uruguay mantuvo los mayores niveles de compra de estos fármacos en comparación al resto del mundo; sobre fines de los 90 Uruguay consumía en primer lugar los tranquilizantes benzodiazepínicos. El CASMU desarrolla una investigación en 1990 donde establece que el 17% de los fármacos vendidos correspondían a psicofármacos, de los cuales los principales eran las benzodiazepinas con un 52%, seguido por los psicofármacos con un 16%, y por tercer lugar los neurolépticos con un 15% (Bustelo en Bielli, 2012). De 1994 a 1998, la Junta Nacional de Drogas (en adelante JND) expone que prácticamente se triplica la población que alguna vez consumió tranquilizantes (del 4,7 al 11, 4%) (JND en Bielli, 2012). Los antidepresivos en este escenario, se constituyeron como los psicofármacos con mayor mercado potencial (Bielli, 2012). La evidencia de la creación del mercado radica en que mientras durante la década de los '90 la prescripción de antidepresivos aumentaba exponencialmente, los diagnósticos de depresión también crecían. De lo contrario, al alcanzar a toda su población padeciente, tendría que estabilizarse o disminuir en la cantidad de nuevos diagnósticos. La calidad de vida, constituye entonces ese inalcanzable por el que se permite medicalizar toda la vida *saludable* del sujeto. Sus fines son cosméticos y tiene como correlato la modificación cultural de los hábitos de consumo.

En Estados Unidos, Marcia Angell (2011a) recopila diversas investigaciones que mantiene el

³⁵ Otros antidepresivos de la época fueron el Zoloft (sertralina) y el Seroxat (paroxetina), manteniéndose entre los primeros 10 fármacos vendidos internacionalmente (Bielli, 2012).

Psicólogo Irving Kirsch de la Universidad de Hull en Inglaterra; quien mantiene dos investigaciones donde desnaturaliza la creencia de que las enfermedades mentales son producidas por desequilibrios químicos en el cerebro, que pueden a su vez, ser estabilizados mediante la utilización de psicofármacos. Esta teoría fue mundialmente aceptada después de la instalación del Prozac en el mercado en 1987, como restaurador del nivel de serotonina desajustado en sus pacientes. La evidencia de ese funcionamiento se fundamenta por estudiar el efecto que producen los antidepresivos en el cerebro, produciendo un aumento del nivel serotonina; desde donde se deduce que la depresión conlleva niveles bajos de la misma (Angell, 2011a). Ahora bien, al realizar las mismas empresas farmacéuticas sus investigaciones, éstas estudian los niveles de neurotransmisores con posterioridad al inicio del tratamiento con antidepresivos, obteniendo desequilibrios químicos en el cerebro del paciente, pero no necesariamente estudiando su cerebro antes del inicio del tratamiento. De la misma forma, al estudiarse los efectos de los antipsicóticos, se define a la esquizofrenia por tener niveles altos de dopamina; cuando en realidad, simplemente se encontró niveles bajos de dopamina en el cerebro que mantiene un tratamiento psicotrópico³⁶ (Angell, 2011a). Kirsch realiza en consecuencia varios estudios sobre el efecto de los antidepresivos existentes en el mercado, relativizando la teoría sobre el desequilibrio químico existente en el cerebro de personas diagnosticadas con depresión. Su primera investigación consistió en el estudio de la función neurotransmisora de pacientes antes de comenzar a utilizar un tratamiento medicamentoso, pero que posean ya el diagnóstico de una depresión. Sus resultados obtuvieron niveles normales de serotonina, concluyendo que los neurotransmisores no están relacionados con la aparición de la enfermedad (Angell, 2011a). La aparición de la enfermedad responde entonces a situaciones no médicas, producto de la vida social y cotidiana de los seres humanos.

La segunda investigación de Kirsch propone el análisis del efecto de los antidepresivos en contraste a la utilización del placebo, obteniendo un 82% de efectividad de estos últimos, lo cual cuestiona la efectividad del psicofármaco. Este resultado lo lleva a realizar una tercera investigación comparando diversos placebos. Estos segundos placebos utilizados, fueron sustancias que no son consideradas como antidepresivos (hormona tiroidea, opiáceos, sedativos, estimulantes y remedios herbales) pero sí como sedativos (Angell, 2011a). El resultado arrojó una diferencia clínicamente insignificante. Cabe preguntarse entonces cómo se instala en el mercado, cuáles son los mecanismos reguladores de las salidas de estos productos, y cuáles son las exigencias que estas instituciones mantienen para legitimarse en la venta de un fármaco. La US

³⁶ Según su autora, esta explicación corresponde a una simplificación de las modificaciones que existen a nivel de los neurotransmisores, ya que más de uno se ve modificado por la acción del psicofármaco (Angell, 2011a).

Food and Drug Administration (FDA) es la organización encargada de mandar a las empresas farmacéuticas las investigaciones correspondientes al producto que quieren sacar al mercado en los Estados Unidos. Sus exigencias legales generalmente se remiten a la demostración de dos casos donde la droga sea más eficiente que el placebo. La cantidad de pruebas aplicadas sin embargo, puede ser ilimitada (Angell, 2011a). A su vez, cómo son las mismas empresas las que realizan las investigaciones, los resultados negativos no se divulgan, promocionando únicamente los resultados positivos en los mecanismos científicos y populares ya mencionados. Este proceso genera el imaginario de aplicabilidad de la droga sin saber su porcentaje real de eficacia sobre los pacientes (Angell, 2011a). Entre las intervenciones que realiza, la FDA mantiene pocos o nulos recursos para contraindicar un psicofármaco cuando su uso ocasiona mayores efectos secundarios que beneficios para su malestar; o cuando el fármaco es utilizado para otra población que no fue la aprobada inicialmente (Angell, 2011b). Y por último, esta agencia es financiada por el mismo mercado farmacéutico (Frances, 2014).

En adhesión a este escenario, desde la Universidad de Harvard, Steve Hyman estudia la afección neuronal producida por el uso prolongado de psicofármacos. En la medida que el psicofármaco produce desequilibrios, el cerebro actúa permanentemente para compensarlo. Su estudio arroja que después de varias semanas de consumo, el mecanismo compensatorio del cerebro comienza a fallar (Angell, 2011a). Esto genera nuevas enfermedades asociadas a la primera diagnosticada: la enfermedad de Parkinson por el agotamiento de la Dopamina; los episodios de manía ocasionados por los antidepresivos que pueden llevar a otro diagnóstico de trastorno bipolar, lo cual a su vez conlleva un tratamiento con anticonvulsivantes a la vez que con un antipsicótico. Angell (2011a) explica que al reducir los síntomas psicóticos (disminuidos por los antipsicóticos recetados) también ocasiona una lenta atrofia en la corteza prefrontal por no recibir los estímulos normales. En consecuencia, esta autora problematiza sobre lo difícil que resulta dejar las drogas prescritas, ya que el cerebro viene respondiendo a los niveles -de serotonina o de dopamina- alterados por los psicofármacos. Y los malestares psíquicos emergentes pueden a su vez ser interpretados por el psiquiatra como una recaída, o como una necesidad de aumento de dosis (Angell, 2011a). Este mecanismo refuerza la producción de cuerpos potencialmente adictos como herramienta del sistema capitalista actual (Preciado, 2013). Propone en cambio a la psicoterapia y al deporte como dos herramientas efectivas contra la depresión, donde a su vez sus efectos pueden apreciarse por un mayor período de tiempo que los psicofármacos (Angell, 2011b). Lo que faltaría para su difusión, es una industria que lo propague y financie.

II- DIVERSAS TEMÁTICAS Y MÚLTIPLES NARRATIVAS

Los relatos recabados a partir de las entrevistas se organizan en tres ejes que dan continuidad a los planos teóricos propuestos. El presente capítulo se organiza de la siguiente manera: el punto 2.1 comprende funcionamientos cotidianos de los hogares que resultaron significativos para sus actores; el punto 2.2 relata aspectos de las trayectorias singulares de sus jóvenes, y el punto 2.3 expone en relación al sistema de atención en salud mental. En el punto 2.4 se exponen aquellos enunciados que transversalizan a los ejes anteriores, recorriendo un análisis particular respecto del fenómeno de los psicofármacos en el funcionamiento cotidiano de estos centros.

Para la comprensión institucional de los relatos, cabe destacar que los hogares de atención integral de tiempo completo se encuentran comprendidos en dos grandes divisiones, según sean de gestión directa estatal -División de Atención Integral a la Infancia y la Adolescencia-, o tercerizados con Organizaciones de la Sociedad Civil -División Convenios-. Por otra parte, División Salud centraliza la atención en salud específica para toda la población que es atendida por INAU. El Departamento de Psicología, se encuentra ubicado en el edificio de División Salud, aunque no depende directamente de ésta división, según figura en su página institucional (INAU, 2014e). Para una mayor comprensión del organigrama institucional, referirse al Apéndice 1.

Le recordamos al lector las entrevistas realizadas para el presente estudio, resaltando la codificación que corresponde a cada narrativa singular³⁷:

Entrevistas	Cód.	Características
Jóvenes (J)	J1	Mujer. 18 años. Ingresó a los 10 años hasta su mayoría de edad.
	J2	Varón. 19 años. Ingresó a los 13 años hasta su egreso con 19 años.
	J3	Varón. 19 años. Ingresó a los 5 años hasta su egreso con 19 años.
Educadores (E)	E1	Consejo del Niño. Cargo: "Guardia Blanca".
	E2	6 años en INAU
	E3	6 años en INAU
Psicólogos (P)	P1	SAP- División Salud
Psiquiatra (Q)	Q1	Dpto. Psiquiatría División Salud
	Q2	Dpto. Psiquiatría División Salud
Dirección Hogar (G)	G1	Div. Protección Integral de NNA
	G2	Div. Convenios

³⁷ En aquellos diálogos que aparece la intervención de la investigadora, se codifica Inv.

Como mencionamos en *Diseño metodológico*, las voces juveniles aquí cobran principal relevancia por dos aspectos: en tanto son considerados como protagonistas de su propia vida, y por destacar sus propias reflexiones acerca de las políticas recibidas. Partiendo de esta premisa, los jóvenes mapearon la trayectoria en la definición de la realización de las entrevistas, aunque por motivos expositivos estos relatos se fueron complementando con otros actores. Éstos *otros* han sido fundamentalmente los educadores, entendiendo que mantienen una afección sumamente significativa en el proceso de construcción de subjetividad de los jóvenes que transitaron en los centros. Además, estos actores también cobran relevancia en la medida que sus cuerpos son los que en definitiva determinan la aplicabilidad de las políticas diseñadas. Este recorte narrativo sin embargo, no pretende atribuirles responsabilidades exclusivas, sino acentuar que la ejecución, modificación u omisión de las políticas diseñadas para los hogares necesariamente pasan por sus cuerpos sosteniendo dichas acciones y que son ellos mismos los que reciben gran parte de los impactos consecuentes.

Por consiguiente, estos dos grandes relatos interactúan a su vez con otras voces que permitan complementar lo expuesto, cobrando distinta relevancia según su eje temático. Las direcciones de centro, los educadores y los jóvenes dialogaron para ayudar a la comprensión de los fenómenos cotidianos de los hogares. En las trayectorias singulares, los relatos significativos en la voz de los jóvenes, se complementaron con educadores que pudieron narrar los mecanismos institucionales que los sustentan. El último eje referido a la atención en salud mental, los psiquiatras, psicólogos y directores ya dialogan en primera línea con los actores mencionados.

2.1 Percepciones cotidianas

Para comenzar, una de las dimensiones destacadas del funcionamiento de INAU en su reorganización institucional de INAME, fue el mejoramiento de las condiciones materiales y edilicias de los hogares. El cuidado de lo material para los jóvenes apareció significado como reflejo de la forma en que el hogar se viene gestionando: en aquellos donde todo está roto, significa que los adultos no están sabiendo encuadrar y contener a esos adolescentes; a la vez que es sentido como un clima de caos y parece generar desconfianza respecto de los adultos encargados de cuidarlos. ¿Cómo los adultos van a pretender que uno cuide su espacio, si está todo roto? Que los adultos lo cuiden y que lo protejan de roturas, parece significar preocuparse por ellos, por sus condiciones de vivir; y esto, apareció relacionado directamente al tipo de vínculo educador-joven.

J1: - *Bueno no sé, para mí era el peor lugar, porque estaba todo roto, rayado, las camas*

eran un asco (...) tenían los fierros desoldados, porque era tipo cama de hospital (...) los colchones eran asquerosos, todos hundidos, los roperos estaban rotos, las paredes estaban rayadas, descascaradas (...) Y el clima era... Hostil. Había mucha gente grande que te agarraba como si fueras una esclava, te decía haceme mi tarea, haceme esto, haceme lo otro y así haces las cosas o te pegan. (...)

En los relatos de los adultos, los hogares del INAME se describieron como *depósitos*: camas y colchones rotos, ratas en las casas, baño sin puertas y otras carencias materiales básicas, parecen por lo menos haberse minimizado, pudiendo actualmente reclamar cualquier rotura o desperfecto. De esta manera, se relatan constantes cambio de mobiliario, fiestas de inauguración -que los educadores manifestaron ser para la prensa- y al poco tiempo la necesidad de recambio. A pesar de esto, pareciera que las mismas situaciones de violencia que los NNA reproducen o producen en ese dispositivo hace que se destruyan rápidamente.

E1: -Han hecho mucha inversión (...) Cada vez que traían mobiliario y alhajamiento para un hogar hacían una fiesta y... Una inauguración y venía la televisión, yo digo pero ¿pa' qué? están maquillando algo. ¿Cuánto puede durar eso? ¿Eso es un cambio? No! Eso es una maquillada, porque lo importante que es lo que está adentro, no cambió (...). El funcionario no cambia, la filosofía de trabajo no cambió, el gurí no cambió, vos pintaste, gastaste miles de dólares en alhajamiento y cosas, ¿Cuánto puede durar? 6 meses y está todo destrozado de vuelta, (...) La filosofía del trabajo sigue teniendo las mismas carencias. ¿Por qué? Porque sigue fallando el ser humano, para mí sigue fallando el factor humano.

Para los adultos entrevistados, las políticas que subyacen a la estructura material de la casa parecieran mantenerse intactas. Los directores de centro en este sentido, relataron un mandato institucional de su gestión que contemple mantener los aspectos básicos satisfechos (comida, salubridad, condiciones habitacionales mínimas, etc.), y que no resuenen las irregularidades del interior, en el exterior. En consecuencia, situaciones de abuso sexual y de malos tratos aparecieron siendo relevados institucionalmente recién cuando resuenan en el barrio, con los vecinos, con la prensa: con el afuera.

G2: - depende de la supervisora que te toque, (...) mientras no moleste a los de afuera, (...) las ONG con todas las características, hay como muy mala gestión de calidad en el servicio que se convenía. O sea, así como no se hace un seguimiento de la calidad de atención que se brinda, tampoco se hace una evaluación previa, real de la idoneidad, de la calidad que pueda tener la institución que estaba ofreciendo conveniar con el Estado.

(...) básicamente lo controlan, el control... Por ejemplo, la asiduidad escolar está atado al pago de la Asignación Familiar, 2 veces al año tenés que informar si el chiquilín va a la escuela, tenés que pedir constancia en la escuela o en el liceo de que va, entonces, (golpea las manos) contra esa documentación INAU le deposita en la cuenta la Asignación Familiar.

La exigencia de una asistencia en materia educativa apareció como las más significativas, aunque su aplicabilidad varía sustancialmente, dependiendo del hogar. Los centros pueden definir que solamente se formen con aquellos técnicos que van teniendo esa función: una maestra que se encuentra en cada hogar, o con algún tallerista que pudiera ofrecer algún oficio. La maestra tendría la posibilidad disciplinar de realizar acreditaciones en coordinación con la División Educación de INAU, que consistiría en dar por aprobado la escuela primaria ante el rendimiento de la prueba básica de lectoescritura y otros conocimientos mínimos. De todas formas, la mayoría de los hogares mandan a los jóvenes a los centros educativos formales externos, ya que de acuerdo a lo relevado, este elemento ha venido siendo uno de los principales puntos a supervisar por INAU. Donde se prioriza la circulación social y por tanto sus jóvenes concurren a estudiar “afuera” del centro, pueden sin embargo transitar quince días en cada taller distinto, sea público o privado. INAU prioriza la educación como un derecho a ser restituido, por lo que financia casi cualquier solicitud en la materia.

E3: - (...) yo creo que la institución hoy en día por lo menos lo que recibe es tener a los gurises escolarizados, porque hay que tener una estadística a llenar. Escolarizado quiere decir que hagan un curso en MAPA por semana ¿no? si pueden hacer otro mejor, no digo que no se lo paguen, lo que pasa que el de MAPA ya está bien ¿no? ya figura que está estudiando, y te pasa de un curso de soldadura y al otro... a las tres semanas uno de peluquería, y a la otra semana uno de soldadura espacial (...) interesa que la institución no suene hacia afuera, no suene negativamente (...). Le interesa que en realidad haya un proceso tranquilo y en donde en realidad los grados de autonomía no se fomenten, como el de la institución, yo creo que el tema es así ¿no? es así, creo que se hace todo lo contrario no se fomenta la autonomía y se transforma en asistencialismo y en paternalismo casi... No sé... Enfermizo (...)

La cuestión radicaría en problematizar si el derecho a la educación consiste en la asistencia compulsiva a distintos cursos, o a sostener una clase por muchas horas aunque mental y físicamente el joven esté ausente por diversos motivos, entre ellos por consumo de psicofármacos. ¿Cuál es el criterio educativo? Los educadores y las gestiones entrevistadas,

plantean a esa regularidad en la asistencia, como algo: “para los números”, para los de *afuera* del INAU. Agamben, en este sentido analiza el papel de los mass media en sociedades que Guy Debord denominó la sociedad del espectáculo (Agamben en Castro, 2008). Estas sociedades son democráticas, basadas en la gloria y en la eficacia de la aclamación, multiplicada y difundida por los medios de comunicación; volviéndose imprescindible para hacer funcionar la máquina gubernamental (Castro, 2008). De esta manera, jefes de INAU asisten a programas de TV para debatir sobre los programas que se hacen, haciendo “buena prensa” a la institución como un eje casi central.

E1: -No, pero hablaba de su división, autopromociándose (...), aparte los panelistas son tan estúpidos que ninguno le dijo "no, pero para, no te preguntamos eso, queremos saber tal cosa (...). Para su propia gestión, nadie hace nada en función del instituto, es para auto promocionarse ¿entendés?

En este sentido, se encontró especificado en el documento institucional que da pasaje de INAME a INAU, cambiar “la fama” que tiene el instituto (INAU, 2006). La contracara de esta intencionalidad, es el operador de atención directa que visualizando las propagandas mediáticas, parece potenciar un sentimiento de incompreensión frente a su tarea.

Por su parte los educadores, relatan no haber recibido expectativas en relación al cargo asumido, a excepción de cuidar aspectos disciplinares: control, orden, limpieza y tranquilidad.

E3: -Que vaya todos los días, que cumpla mi turno, que de la medicación en sus horarios indicados, que controle (...) que concurra a clase, que concurra al centro y nada más, y que los fines de semana controle el azúcar y el café, nada más que eso.

Como encargado del “turno”, la tarea explícita es poder dar cuenta de la ubicación y la actividad de todos los NNA a la interna del hogar. De esta manera, en algunos centros se debate sobre la posibilidad de “cerrar con llave los cuartos durante el día”, o “colocar la dirección en un lugar que pudiera tener visibilidad a la mayor parte de la casa” de manera de tener un control exhaustivo de sus cuerpos. Es decir, es el juego de la visibilidad y de la vigilancia descrito por Foucault (2002) del poder disciplinario, retomado por Goffman (INAU, 2006) en las instituciones totales.

E1: -Les tenía prohibido que subieran a los dormitorios y para ir al baño me avisaban, yo salía "¿dónde está Fulano? ¿dónde está Fulano?" entonces yo era una metralleta ¿viste? porque llegaba a pescar alguno y...

Inv. -¿Pescaste alguna vez alguno?

E1-Nunca, nunca, no te digo que no hubiera pasado en mi turno ¿viste? pero yo vivía

entrando y saliendo, arriba y abajo, y persiguiéndolos, ah! por lo menos a los que yo sabía que tenían esa tendencia ¿viste? (refiriéndose a mantener relaciones sexuales entre ellos)

La totalización para Goffman (2009) son conformadas por prácticas que procuran movimientos en masa, justificados en la organización del colectivo; aunque para los jóvenes parece operar borrando sus singularidades. Como vemos en el siguiente fragmento, incluso se refleja en una imposibilidad de elección de sus vínculos:

J1: -Fui a un campamento y cuando vine, porque tenía un “club de los gordos” que eran amigos. Me dijeron que era un grupo discriminador. (...) se enojaron y dijeron que excluíamos a las demás personas y el cuarto era chiquito, no entrábamos, estábamos todos durmiendo hasta atrás de la puerta. (...) A mi me parecía que nada que ver, éramos amigas que íbamos a estar juntas y a hablar de noche. Aparte, habíamos llevado un libro de terror y todo. (...) Y cuando regresé bueno, nos hicieron entrevista a cada uno obligatoriamente sino no salíamos, a ver que era el club de los gordos, como que si fuera no sé, una amenaza. (...) No tengo que ser obligatoriamente amigo de todo el mundo (...) Y es ilógico lo que me estaban diciendo pero si dijeron que si no íbamos a dejar de ser el club de los gordos o cosas así, que íbamos a quedar sin salida.

Este funcionamiento, apareció también asociado a la forma de operar de los educadores contratados desde INAME. Emergió un tipo de respuesta educativa *en bloque* de sus cuidadores con los jóvenes, donde se establece una clara diferenciación entre ambos. Cada sector, en esta forma de relacionamiento, responde a los intereses de su grupalidad. De esta forma, si un educador es agredido por un adolescente, todos responden ignorando al joven o haciéndole saber que están en falta con la “totalidad de educadores”. Aquí puede apreciarse como el acento del accionar educativo no está en el desarrollo estratégico para lograr que el joven asuma por ejemplo la agresión realizada, sino que se encuentra por la intimidación de la masa.

E1: -Era muy difícil, la ventaja que yo fui a un grupo muy unido, un grupo que eran todos hombres, ¿viste? Que se respaldaba uno al otro, cuando había problema en un nivel se cerraban los otros 2 niveles e íbamos todos para ahí, o sea, el problema no era con un funcionario, ni con un grupo, era con todo el turno que éramos 22, 23 personas ¿no? entonces solamente eso ya lleva a que es lo que no se sabe aplicar, ¿ta? yo aprendí mucho de trabajar con esa gente (...).

Los hogares de INAU parecen conformarse por dos grandes institucionalidades de educadores,

llamados coloquialmente como *guardías* viejas y nuevas; y se refieren a las contrataciones de distintos momentos históricos correspondientes al INAME y al INAU. La "Vieja Guardia" generalmente entró a la Institución por vías personalizadas, a diferencia de los concursos públicos realizados desde INAU. Las aptitudes necesarias desde el INAME fueron: en el caso de las mujeres, que puedan organizar el cotidiano y la comida; y los varones que sean físicamente grandes, para utilizar su cuerpo como elemento intimidatorio para la imposición de autoridad y disciplina. En cambio, la "nueva guardia" de educadores pareciera querer disolver "el bloque" como respuesta educativa, lo cual es vivido por los anteriores como una pérdida de autoridad y un riesgo para la fuente laboral.

E1:- Porque ninguno, salvo que sea un director de la guardia vieja, ninguno te va a respaldar, entonces el dueño de la situación es el gurí, el gurí acomoda la situación según su conveniencia, según lo que él bien entienda, y generalmente no va a hacer que entienda para cambiar, para mejorar, para seguir haciendo lo que él quiere, entonces por eso vos tenés todo los hogares que los pintan, los arreglan, los dejan coquetos y a los 3 meses están que es un desastre, porque el funcionario no sabe cómo ponerle límite' al botija (...)

Los hogares parecen haber quedado divididos entre aquellos que trabajan a partir del establecimiento del vínculo singular, que manejan puertas abiertas en el que el joven pueda ir eligiendo vivir en ese hogar, y por otra parte los hogares que trabajan a "Puerta Cerrada". En el primer caso, la puesta de límites no se conforma con un objeto físico visible sino que constituye un desafío de conducción de la conducta con el joven (Foucault, 2011). Sin embargo, este movimiento resulta difuso y poco pragmático para aquellos que tienen por costumbre utilizar el físico como medio intimidatorio. De todas formas, tampoco pareciera existir un funcionamiento general institucional que delimite cómo proceder en estas situaciones, por lo que cada centro lo resuelve según su criterio personal o grupal.

E3: - ¡Ah, no! la diferencia es importante (...) lo primero, tenías un equipo como el de (hogar) totalmente institucionalizado, viejo, no digo que sea malo, era así, este... Eh... Con poca formación ¿no? con mucha experiencia pero con poca formación académica y acostumbrado a dinámicas que emanan de...bueno, de lo que era el INAME ¿no? (...) es un equipo que le costaba generar nuevas prácticas y le costaba tratar de integrar a nuevos educadores que venían con nuevas prácticas, le costaba al equipo y le costaba a la dirección que era lo prioritario ¿no? o sea, la dirección no habilitaba, a partir de eso. La dirección era cómplice de todas las prácticas que en realidad muchos de nosotros veníamos a cuestionar, pero no la cuestionamos nosotros ¿no? la cuestiona el Código(...)

Si bien la internación del adolescente por protección es siempre voluntaria, si todos sus NNA se van cotidianamente de un centro, se evidenciaría una imposibilidad de hacer del centro un hogar en el que deseen estar. Por lo tanto, la solución en muchas ocasiones, es inhabilitar la salida cerrando la puerta, sin cuestionarse su funcionamiento interno. Atribuir al joven la incapacidad de manejar una puerta abierta es un relato institucional que justifica la situación de privación de libertad que muchos de ellos tienen en estos hogares. De esta manera, cuerpos concretos operan de límite: se encadenan heladeras para poder distribuir el alimento semanal que INAU brinda a cada hogar, o de lo contrario comen sin reparos en dosificar su surtido. Como contrapartida, cuando el cuerpo-límite no esté, tampoco permanece su prohibición. La puesta del límite a través del uso del cuerpo como elemento coercitivo parece ser aún una práctica presente en algunos hogares que todos los actores entrevistados identifican.

Sin embargo, para los equipos de trabajo conformados desde el nuevo paradigma, el límite debería ser trabajado logrando que el mismo NNA comprenda y lo respete porque lo entiende y lo valora como tal. Estos hogares funcionan en líneas generales a puertas abiertas y sus sanciones son como los mecanismos de seguridad del funcionamiento gubernamental (Foucault, 2011). En este sentido pueden verse prácticas educativas con una tabla donde se coloca las acciones del joven, su puntuación correspondiente de acuerdo a las acciones semanales, y un balance total donde puede llegar a “exonerar penitencias” por tener puntos a favor. En estas penitencias puede reparar lo dañado por medio de la acción contraria a la realizada. De esta manera, si un adolescente rompe una puerta, su sanción consiste en repararla. Con esto se espera que tome contacto con la acción, con sus consecuencias y con el trabajo que implica revertirlo: se ataca al fenómeno por la misma naturaleza que lo causa: el mecanismo de seguridad en su expresión educativa (Foucault, 2011).

El escenario actual de los hogares de INAU, parece ser una compleja tensión permanente entre estas visiones: tanto a la interna del centro, entre los adultos que trabajan o entre distintos hogares que conservan distintos perfiles: de adultos y de NNA.

¿Cómo delimitar criterios en común? Es necesario destacar que a ninguno de los entrevistados (ni adultos ni jóvenes) se les propuso un proyecto de trabajo a partir del cual se encuadre o proporcione un marco al trabajo educativo. De esta manera, educadores de centros oficiales contratados por INAU, solicitaron a su ingreso los proyectos educativos de sus centros, no obteniendo respuesta o en una situación, el “proyecto educativo” constituyó una carilla escrita. En

otro hogar oficial relevado, el proyecto de trabajo cuenta con más de 20 años de antigüedad, por lo que inferimos que pertenece a otra institucionalidad con una concepción tutelar de la infancia. No pareciera ser un eje de trabajo central, la planificación y creación de un plan educativo macro en estos hogares. Sin embargo, esta situación cambia en los hogares de amparo privados tercerizados, ya que constituye un requisito de la División Convenios tener un proyecto de trabajo. De todas formas, pareciera ser una formalidad posterior más que condición previa para poder trabajar con NNA. Los documentos analizados sobre registros de supervisiones a hogares de la División Convenios, requieren o hacen mención a la falta de proyecto de trabajo, dirigido a la Asociación Civil que mantiene a cargo la gestión de un centro de protección de tiempo completo, sin por ello suspender el convenio o proponerlo como requisito previo.

Por consiguiente, no parece existir un ordenamiento institucional eficaz que de cuerpo a la multiplicidad de lógicas y criterios personales y profesionales. De esta manera, un hogar decide unilateralmente no trabajar con las familias por entender que todas estas repercuten en un empobrecimiento del joven. Establece que no haya visitas y que es mejor otro comienzo, lejos de su origen de pobreza y deterioro. Esta propuesta viola el Artículo 9 de la CDN, donde se establece como obligatorio el mantenimiento del vínculo familiar con sus padres, salvo contradiga al interés superior del niño (UNICEF, 1989). Y sin embargo, aunque su práctica es explícita, tampoco parece imponerse ninguna otra alternativa o sanción al respecto.

Los antropólogos Fraiman y Rossal (2011), plantean en su etnografía la valoración de los jóvenes distinguiendo entre buenos o malos hogares, en función de la posibilidad de salidas del centro y del trato recibido por los educadores. Los buenos centros comprenden una mayor libertad y un mejor relacionamiento con sus educadores. Los malos se asocian a un trato distante, algunas veces violento y a un encierro dentro del centro, a pesar de ser de amparo. Los relatos juveniles coinciden en esta investigación; aunque aquí procuraremos ir describiendo algunas de las prácticas que los sustentan en sus definiciones.

J2:- Tenía otra contención que en otros hogares no tenía. (...) Lo que pasa que en otros hogares era distinto. Nunca tuve la suerte de caer de entrada en un hogar bien, por eso. Yo pase el último tiempo en (nombre hogar). Ojalá me hubieran mandado de entrada a (ídem), o algún otro bien.

Los jóvenes trajeron a lo abierto de su funcionamiento, como un determinante de la forma que sintieron al hogar. Resulta interesante en el fragmento siguiente, como aparece asociado a la privación de libertad, las vestimentas que brindó el instituto; donde aparte de desingularizarlos,

pareciera corresponderse a un uniforme que les permite reconocerse entre sí en la vía pública. El instituto, a la vez que les posibilita una vestimenta digna, los etiqueta con determinadas ropas "de INAU".

J1: -No te dejaban salir ni al almacén, te llevaban a la escuela en camioneta, te vestían todos iguales más o menos (...) Porque era ropa que venía de INAU.

El funcionamiento cotidiano cerrado, aparece asociarse a criterios de peligrosidad que se fundamentan en un temor hacia los mismos jóvenes. De esta manera, hogares abiertos funcionan en realidad como recintos cerrados las 24hs. Este funcionamiento en situaciones de internación por protección con adolescentes, parece ser una privación de libertad al margen de las garantías que correspondan.

E3: -(...) Yo era el único que los sacaba a la puerta. A ver, el hogar era abierto teóricamente, (...) pero el hogar estaba cerrado, no los dejaban salir a la puerta a sentarse, no los dejaban salir a la puerta ni siquiera a jugar al fútbol, nada. Yo los sacaba el fin de semana y era otra de las prácticas que no gustaba, que los sacara (...). Era una práctica, ya al final vos también te vas acostumbrando ¿no? (...) por algo será...

Ahora bien, además del nivel de encierro, otras prácticas emergieron con el fin de transmitir disciplina y respeto a la figura jerárquica. La cotidianeidad en estos centros pareciera estructurarse en un esquema fijo que aporta a la previsión de la rutina y por tanto sin sobresaltos, para ninguno de sus actores: ni para el educador, ni para el adolescente.

E1:-Había un orden en la mesa para sentarse, todos tenían que lavarse las manos, nadie podía venir sin camisa, nadie podía venir descalzo, todo el mundo se sacaba el gorro "Bo, ¿Qué pasa, 'ta muy fuerte el sol que no te podes sacar el gorro? ¿O tenés la cabeza tan tapada de mugre que no querés que te la vean?"

Inv- Y para vos ¿esas cosas en qué le aportan a los gurises?

E1-Disciplina (...) orden, respeto, es sagrado que vos respetes la comida, no hay cosa más sagrada que la comida, es lo que te da vida, respetala. (...) todos tenían su lugar preestablecido, yo me sentaba en esta cabecera.(...) Yo les servía la comida a ellos, todos se sentaban y para mí era algo simbólico que yo los sirviera a ellos ¿entendés? Primero porque nadie se servía más que el otro, ni un plato mejor que el otro, sino para que supieran que yo soy el que está mandando, yo soy el que organiza, yo soy el responsable y yo estoy para atenderte. Yo te atiendo a vos, se sentaban todos, todos sentados en su lugar y yo: sh, sh, sh, iba pasando los platos, el último que se servía era yo, yo me sentaba, todos esperando, nada que "dame el plato" y (hace un ruido

con la boca) -Bo, ¿Qué te pasa? ¿Estás apurado? ¿Tenés que ir a trabajar? ¿Tu mujer está por tener familia? ¿Perdés el ómnibus? ¿Cuál es la urgencia que no podés esperar que todos tus compañeros estén servidos? Si estás muy apurado terminas el plato, te levantas y te vas a acostar, porque lo único que te queda para hacer es eso, te levantas de acá y te vas a acostar ¿no verdad?(...) me sentaba yo en la mesa y "buen provecho - muchas gracias, buen provecho" y ahí empezábamos a cenar (...).

Este ritual apareció en varios relatos de adultos, generalmente en aquellos que trabajan en la Institución desde INAME. Aquí el límite estricto se asocia a un maternaje donde se le sirve "el alimento", y por tanto conserva un carácter sagrado. Compartir la mesa en el marco de una disciplina estricta: comían después de que la persona de mayor jerarquía dijera "buen provecho" (generalmente un director, hombre y grande de físico) y se levantaban de la mesa después de comer, solamente después que esta misma persona lo autorizara con la misma enunciación. La forma de imponer el límite, se asocia también a una denigración del otro en la reivindicación de la propia autoridad: "¿O tenés la cabeza tan tapada de mugre que no querés que te la vean?". La violencia, la autoridad y el afecto aparecieron unidos en estas cotidianeidades.

En otra entrevista se asoció ese ritual de la comida a la creación de un ambiente familiar. Pareciera operar un ideal sobre la institucionalización que pretende asemejarse a las "familias", desde donde se conforma otra práctica discursiva: en varios centros, los NNA llaman de "Tío/a" a cualquier educador. Esta práctica, indiferencia a todos los adultos a la vez que los homogeneiza en su trato. De alguna manera, totaliza al cuerpo de educadores en una masa indiferenciada "familiar" y esto, dificulta el "encuentro" que singularice al proceso educativo y simbólico de restitución de derechos y de construcción de un proyecto de vida único.

E1:-Un día me dice "tío -dice- ¿Vos te crees que vos sos malo? Vos lo miras al tío con esa cara y esas manos y esa voz y decís pah! Se come los niños crudos, dale tío ¿A quién engañaste vos? ¿A quién jodiste vos? ¡Si vos sos más bueno que el pan! -Mira fondo de olla, te voy a pegar tanta patada en el tuje' -Dale tío, si yo te conozco" (risas) Era divino ese pibe (...)

Los educadores contratados desde INAU, relataron como significativo para un buen hogar el tener reuniones de trabajo, un proyecto educativo elaborado por todo el equipo de trabajo y el establecimiento de un vínculo educativo que les permita la construcción de un proyecto de vida para el joven. Como visualizamos, estos ideales se encuentran en permanente tensión con lo posible de sus recursos humanos, tanto en número como en el tipo de formación que mantienen.

Muchos educadores, aún mantienen perspectivas tutelares vigentes que conviven con otras más novedosas. Además, emergió una falta de claridad en lineamientos institucionales que puedan englobar y ordenar todas las perspectivas aún vigentes; en contraposición a una realidad compleja que pareciera remitirse a acuerdos personalizados. En consecuencia, el nuevo paradigma dentro de los hogares pareciera implementarse “en la medida de las posibilidades” (Llobet, 2008) lo cual genera, una limitada protección integral para sus adolescentes.

2.1.1 Construyendo equipos de trabajo

La constitución de los equipos de trabajo en términos numéricos se relevó como diferente entre los tercerizados y los oficiales, donde éstos últimos aparecieron significativamente más deteriorados. La cantidad de trabajadores por centro, se encuentra directamente relacionado a la forma de trabajo posible con sus adolescentes.

Q1: -En los oficiales, hubo un momento que se pauperizó todo eso y eso influye, en muchísimo, sin duda.

Si a la diversidad de paradigmas de infancia aún vigentes, le agregamos una cantidad insuficiente de personal, la exigencia laboral parece acomodarse en lo posible de la tarea. En un centro que mantiene uno o dos educadores en un turno con 15 adolescentes, puede generalmente abocarse a atender sus demandas más concretas: aprontar la comida, la higiene y a acostarse antes de las 22hs; cuando releva el turno y comienzan los educadores de la noche.

E1:- Ahí yo trabajaba de las 7... Yo salía del hogar a las 6 de la mañana (...) después que yo estaba de noche ya, y entraba a las 7 al XXX (otro lugar de trabajo) hasta las 2 de la tarde con los gurises, todos los días, incluyendo sábados, y a veces los domingos, este... Y cuando se llegó el cupo a más gurises me dijeron que trajera un funcionario para ayudarme, yo traje un compañero.

Los educadores en estos casos, establecen como prioritario sobrellevar la rutina diaria sin mayores sobresaltos. El trabajo en red, las salidas culturales, recreativas o las visitas familiares se hacen en la medida de las posibilidades del equipo, no en función de garantizar la CIDN y el derecho de vivir en familia y a lo excepcional de la situación de internación. En el funcionamiento cotidiano de los centros, lo excepcional pareciera constituir casi que cualquier aspecto que trascienda el cumplimiento de la rutina diaria.

Dentro de las excepcionalidades relatadas, podríamos ubicar a las reuniones de equipo. La concepción jerárquica tutelar aún vigente junto a la falta de personal, parecen comprenderlas

como innecesarias y poco productivas.

E1: -¡¡No!!....Ah, había sí, yo jamás participé.(...) ¿para qué sirven las reuniones de equipo? ¿qué cambia? ¿qué modifica? (...) Las reuniones de equipo son pa' chusmerío, para divagar, para hacer planteos que no se llevan a cabo nunca y a... escuchame,(...) ¿es tan difícil la problemática que cada 8 días tenemos que estar reuniéndonos para hablar, para arreglar cosas, para modificar cosas? (...) Les dije ¿para qué? vos cuando hagas modificaciones y cosas las pones por escrito me las das que yo te las firmo y yo las aplico, si considero que tienen que ser aplicadas. (...) el que tiene que bajar una línea de trabajo sos vos como director, (...) decir: acá en este hogar vamos a trabajar este perfil de botijas ¿ta? entre esta edad y esta edad, vamos a aplicar esta política de trabajo, esto es así para el funcionario, para el gurí, vos tenés que bajar los lineamientos, y ahí lo vamos a... Discutimos la implementación de ésa línea de trabajo; pero no vos de brazos cruzados, tomando nota a ver quién putea a quién.

Esta forma de percibir a sus compañeros de trabajo es asociado a un plano de desconfianza: anda a saber por qué, por quién y a cambio de qué entró a la institución. Las formas personalizadas de ingreso que otras institucionalidades mantenían, parecieran repercutir negativamente en la posibilidad de construir un equipo de trabajo basado en la confianza. Las direcciones de los centros además, aún emergieron siendo ejercidas generalmente por educadores de la *vieja guardia*, que fueron ascendiendo a directores. Y esta concepción ha sido fuertemente cuestionada por varios educadores que comenzaron a entrar a trabajar como educadores de INAU. Los *nuevos* ingresos entienden que también el educador debe estar afin a la propuesta educativa; pero para ello, deben construirlo entre todos. Estos educadores reclaman reuniones de equipo y problematizaciones en conjunto de manera de potenciar los proyectos singulares de cada uno de los jóvenes.

E3: -Te decía de lo que es la dinámica cotidiana, las reuniones de equipo, esa fue una de las prácticas que intentamos cambiar, después el vínculo que se establece entre el educador y el adolescente, el vínculo de respeto, el vínculo de tratar de trabajar la autonomía del chiquilín y no justamente potenciar los aspectos más de la cotidianeidad, o sea, que la cotidianeidad es todo, más allá de la cotidianeidad no hay nada ¿no? es como que tengamos en concreto la tacita, la camita, eh... Bueno, no podemos salir a la puerta para que no nos vean, tenemos que estar medio escondidos porque somos del INAU, bueno, y después prácticas de yo ver... Yo qué sé, a un educador amagarle a pegarle a un chiquilín ¿no? entonces... Que yo creo que si no estaba yo le pegaba. Del grito continuo, de amenazas, de (...) exponer el físico continuamente como un elemento

coercitivo.

Por lo tanto, en aquellos centros que haya deseo por parte de los educadores para establecer criterios en común, lo harán; pero desplegadas generalmente por fuera de su turno de trabajo y conceptualizadas como *extras*. En tanto la institución las considere como extraordinarias, sus condiciones también lo son y por tanto su sostenimiento conlleva un elevado costo para el equipo.

E2: -(...) Primero, es tener un proyecto de trabajo que obviamente los trabajadores se inscriban a un proyecto de trabajo que para eso entre otras cosas, tiene que ser parte, ¿no? (...) el proyecto, el tema de la vocación y el tema de la formación es un tema que no es menor (...) la institución muchas veces no te exige la formación para ingresar pero tampoco genera las condiciones para que vos te formes mientras estás trabajando, en forma obligatoria (...). Y obviamente ni que hablar (...) la cantidad de personas para atenderlos, (...) trabajar en un lugar donde hay reuniones de equipo en forma semanal y que, y que la reunión de equipo tenga de alguna forma un orden que vos discutas a veces, no sé si en términos de objetivos, en término de pautas y proyecto...

Esta concepción estalla contra el otro que pide *sobrellevar* el turno, lo cual también emerge como una economía conveniente tanto al jerarca como al educador. En esa forma, mientras que la jerarquía se asegura un equipo con poca capacidad de cuestionar el funcionamiento del sistema, el educador puede reservarse ese desgaste *extra* solamente para aquellos momentos que lo demandan emocional y psíquicamente. Los hogares parecen mantener en su cotidianeidad, momentos de extrema violencia y dolor relacionadas a las historias de vida de los NNA, a su situación de abandono y al mismo proceso de institucionalización. La gestión del centro procura entonces minimizar esos momentos, sin mayores previsiones ni objetivos a largo plazo: estableciendo como estrategia, la práctica del día a día.

E3 -(...) Ahí sucedió el problema que lleva a que se logre sacar la dirección, o sea, las autoridades (...) legítimamente no querían sacarla. Se pudo sacar bajo presión también del equipo eh... (se ríe) un equipo nuevo, (...) que venía con un proyecto de trabajo saca a una dirección para tratar de mejorar (...) la saca por inepta y (..) porque cometió faltas éticas imperdonables (...) ¿a quién pone la institución?, a alguien que representa el paradigma de la antítesis a la formación, de la antítesis al proyecto, de la antítesis de la educación que querés fomentar, entonces, los hombres que están en la institución es "vos sacaste a esto yo te estoy castigando y te meto esto!" punto (...) como me dijo a mí la directora de División en ese momento, quien va a dirigir el hogar es un hombre, va a ser un hombre. (...) un hombre mostraba más fortaleza, necesitaba alguien que metiera el

peso, esa era la consigna de fondo ¿no? Alguien que le metiera el peso a este equipo que estaba de vivo, echó una dirección y estaba de vivo (...).

Resulta interesante de este fragmento, el mantenimiento de lo instituido a través de una reproducción de género hegemónica, donde existe una autoridad ligada al género masculino con una impronta física grande. Esta reacción institucional la reciben como una política educativa violenta para sus educadores. Pareciera primar en algunas situaciones, el mantenimiento del status-quo antes que un nuevo proyecto educativo que cuestionara determinadas lógicas instaladas.

Ahora bien, a la dificultad de establecer reuniones de trabajo que puedan fundarse en una confianza en el compañero, se le suma otro escenario relacionado a la forma de designación de sus direcciones. En la actualidad se ocupan generalmente los cargos de dirección de los centros oficiales por medio de las denominadas "Encargaturas"³⁸. Esto ha generado que determinados hogares hayan tenido 5 direcciones en 3 años, con perfiles de trabajo marcadamente diferentes entre sí. A la interna del centro, este movimiento y su forma de designación pareciera incidir en una falta de confianza, necesaria para el establecimiento del trabajo educativo.

E2: - Lo que pasa es que la mayoría de los directores están, llegan a esos lugares por medio de la transa. Entonces de alguna forma, también se cuidan, se cuidan entre ellos. (...) (Director) era un transa, un tranfuga, pero con todo, con los gurises con los trabajadores no, y generan esa cuestión no del miedo que tenés tipos con veinticinco años dentro de INAU, que no los van a echar por nada y se siguen callando la boca en algunas cosas que (...) no sé por miedo a que en realidad a esta altura, no sé por qué miedo a qué, pero se siguen callando la boca (...)

En los hogares de convenio, este vínculo laboral está teñido de un contrato privado, donde uno se acopla a la forma de trabajo que la Asociación Civil contratante adhiera, o el empleado tiene que fundamentar cambios programáticos sin que ello afecte a su fuente laboral. Esta relación, si bien no es objeto directo de estudio de esta tesis, es sumamente compleja y diversa en su funcionamiento. Mientras que la Asociación Civil mantiene la competencia administrativa del hogar y de su personal a cargo, la supervisión técnica está a cargo del supervisor de INAU. Las

38 Las encargaturas son producidas como *cargos de confianza*, asignando el cargo de un jerarca o técnico por su superior directo. La forma de remoción de un cargo se puede producir de la misma manera, por la sola voluntad de su superior. Este procedimiento parece generar varias consecuencias institucionales: por un lado propone tener una misma perspectiva de trabajo entre quien asignó al cargo y el nuevo técnico o director; pero también supone que esta forma de designación minimiza la posibilidad de discrepancias laborales, ya que podría repercutir sobre su fuente laboral.

Asociaciones Civiles a su vez arman su perfil de trabajo, donde a modo de ejemplo las entidades religiosas mantienen la encomienda de gestionar la mayoría de los hogares de amparo de adolescentes de mujeres (aspecto significativo como política de género en un Estado Laico). INAU en estos casos, avala o no las decisiones de la Asociación Civil, pero es siempre garante de cualquier estafa, falla o error que la misma cometa. El Instituto en consecuencia puede, o no, renovar contratos con la Asociación Civil; aunque a partir de las entrevistas surgió la existencia de un temor de que nadie quiera asumir un convenio 24hs con adolescentes; generando la renovación de sus contratos salvo excepciones extremas.

De esta manera, en las supervisiones analizadas se registraron observaciones a una Asociación Civil por no tener proyecto de trabajo, por mantener condiciones nutricionales de riesgo para los adolescentes y situaciones de abuso sexual entre los jóvenes; pero no parecen ser motivos suficientes para interrumpir el convenio realizado. El procedimiento indica “intervenir” al centro, implicando la participación del supervisor en reuniones de equipo y en definitiva ayudar a la vez que controlar, para elaborar estrategias de trabajo que puedan resolver las situaciones planteadas. El Instituto entonces podemos suponer que habitualmente se posiciona como contralor, teniendo la perspectiva de trabajo en colectivo únicamente cuando hay situaciones extremas en el hogar. Este trabajo de acompañamiento técnico se da entonces bajo la amenaza de cierre del centro, una vez *intervenido*, ya que supone que el equipo no ha sido lo suficientemente solvente como para resolverlo sin la presencia de su supervisor. Por tanto, los supervisores también desarrollan una práctica de trabajo fundamentada desde la desconfianza, a partir de descubrir ocasionalmente irregularidades encubiertas en los centros que no fueron comunicados en tiempo y forma. De esta manera, tanto los servicios parecen desconfiar de sus supervisores, como sus supervisores de los hogares que tiene a cargo.

Por lo tanto, tenemos en los centros oficiales mandos superiores que son visualizados como cargos de confianza y no en función de su competencia técnica por su equipo de educadores. Los superiores de la división de INAU, en general eligen a un director de centro en función de criterios que por lo menos no están explicitados en la institución ni a sus educadores de turno, lo cual contribuye a generar un clima laboral de desconfianza. La falta de sinceridad acerca de la compleja tarea de gestionar un centro de adolescentes de amparo, genera que las mismas dificultades no puedan ser habladas, intercambiadas y esperablemente superadas, sino que cada centro intenta resolverlo en su interior, sin que resuene en el afuera. Como vimos también, los hogares tercerizados mantienen el mismo sentimiento: no se comunica al supervisor las dificultades del trabajo, entendiendo al supervisor como contralor más que de apoyo técnico en la

gestión. Todo este funcionamiento crea una cultura institucional de silencios y ocultamientos que genera en los adultos una desconfianza de base, que difícilmente pueda transformarse.

¿Cómo sienten los adolescentes este funcionamiento cotidiano? Estos jóvenes ingresan a la institución en una modalidad de 24hs en algunas situaciones por no poder tener sus necesidades cubiertas en su medio familiar, con adultos que por alguna razón no pudieron cuidarlos acordeamente. Es esperable en consecuencia, que estos adolescentes miren con sospecha su nuevo mundo desconocido: los centros de protección integral. Durante las entrevistas, cada uno fue relatando cómo estudian el ambiente y toman determinados indicadores para valorar si les es posible confiar.

J2: -Ahora no sé como esta el hogar, pero el cuerpo de educadores que había...era bastante tratable. Y fue el único hogar que no alcancé por lo menos no alcance a ver como se llevaban el dulce y la carne en el termo, cosas que en otros hogares lo ves. Y te puedo ser literal, en el (hogar), eso, era un descontrol....por eso te digo.

Cuando el grupo de adultos no puede poner límites en un hogar y lo sienten como caótico, o cuando visualizan a los educadores llevarse la comida destinada para ellos, generan una desconfianza que imposibilita la creación del vínculo necesario para el trabajo educativo. En consecuencia, se crean historias juveniles que explican las acusaciones de robos y las mentiras institucionales por las que transitan.

J2: -No te digo que no había, salió el caso de (un robo). (...) No se si fue real...totalmente ilógico. Yo creo que pasaba más por otro lado. Saqué mis conclusiones, no? Viendo como era (...) Saqué mis conclusiones, en la mente de uno...capaz que nada que ver. (...) Que la (dirección) quería algo con (Educador), y (Educador) no le dio ni pelota. Porque yo veía un acercamiento que tenía con el personal más juvenil. (...) lo abrazaba mucho. (...) Porque no se nos ocurría algo más lógico, ¿viste? ¿Qué se nos iba a ocurrir? Algún otro motivo razonable no teníamos. Alguna diferencia laboral, pero eso tenían todos (...).

Por tanto, trascendiendo los motivos que hacen que cada uno actúe de determinada manera, este clima de engaños latentes entre sus operadores y de los adolescentes, parece repercutir en lineamientos institucionales que son visualizados con desconfianza desde todas sus partes. Por otro lado, esta sensación de descreimiento y clientelismo de asignación de cargos quita la capacidad de contención que el mismo equipo de trabajo y que sus mandos superiores deberían promover en sus operadores de atención directa. De esta manera, tampoco existe un clima que pueda permitir problematizar sobre las limitaciones y la angustia que la misma tarea impone, tanto

para el educador como para el director. ¿Cómo tramitar los desbordes emocionales que el trabajo en la cotidianeidad de un hogar impone, en pos de generar estrategias de trabajo novedosas? La institución tampoco ofrece otros espacios de cuidado para los operadores y queda pendiente indagar por qué. Quizás, exponer grupal e institucionalmente lo que ocurre dentro de los hogares sea más peligroso de lo que se puede admitir: situaciones de abuso sexual entre jóvenes, abuso en la forma de dar la medicación, robos de comida y ropa por parte de funcionarios y directores de hogares, son algunas de las situaciones que en estas entrevistas se trajeron, re-afirmando el descreimiento en sus mandos superiores, donde los educadores sienten que todos saben todo y por omisión de actuar consecuentemente lo afirman como práctica institucional. Esta sensación a su vez, concuerda con las valoraciones de la OMS respecto de la extrema vulnerabilidad a la que son expuestos estos NNA al ingresar a un centro de protección de tiempo completo y al aumento exponencial que tienen respecto de vivir situaciones de violencia y abuso (López & Palummo, 2013).

Las situaciones cotidianas de los NNA parecen desbordar la capacidad de respuesta institucional, por lo que lo mejor que puede suceder es llevarlo con tranquilidad. Este desborde institucional fue trabajado por Corea & Lewkowitz (1999), concluyendo en el desfondamiento de la infancia como producción social. Las represalias para los denunciante de INAU en consecuencia pueden ser varias: desde un acoso laboral cotidiano a un traslado compulsivo o amenazas concretas y personales. Algunos de estos denunciante han podido agruparse y pensar colectivamente en el ámbito sindical, lo cual pareciera por lo menos minimizar el sentimiento de soledad que transmiten de su tarea. En este sentido, ante un eventual traslado de algún educador, los directores se advierten cuando suelen “denunciar”, constituyendo a ello como motivo de desconfianza.

E2: -Un día me dice (dirección): me estuvieron hablando bien de vos. No, me dice, me estuvieron hablando de vos.(...) Ahí me dice, no, no. Me comentaron, me habló una vieja conocida,(...) -pero, qué te dijeron. Me dice, no, no, me dijeron que...eh, me contaron algunas cosas tuyas. Y ahí le dije pero qué te dijeron que, que era mal educador, que trabajaba mal con los gurises, que llegaba tarde, que golpeaba, que era golpeador. Dice -no, no nada que ver con eso al, al contrario. -Ta el resto le digo, pero que te habrán dicho que hago denuncias. -Si, sí. Y claro, había sido (fulana) que cuando yo pedí el traslado para ahí le dijeron que tuviera cuidado conmigo (...) si estas en un lugar como ese y te haces el boludo de las cosas que pasan, ta, después no podes ir y decir nada en otro lado, te tenés que callar la boca.

Como visualizamos, las desconfianzas son múltiples, las irregularidades también y por tanto

quienes trabajan allí se ven tensionados entre la denuncia que puede tener consecuencias laborales al denunciante o encontrarse en una falta ética por omisión. ¿Cómo construir prácticas potentes? Ante este escenario de descreimiento generalizado, las herramientas de los educadores parecen ser diferentes. Mientras que aquellos que ya transitaban décadas por la institución se mostraron desesperanzados y descreídos de cualquier posibilidad de cambio, los educadores contratados por INAU parecen mantener una capacidad creativa y de problematización mayor ante el escenario y sus posibilidades de transformación.

2.1.2 Entre la protección y la privación

Resulta llamativo el hecho que durante las entrevistas, todos los actores -sin excepción- confundieron en algún momento a los hogares de protección de tiempo completo, con centros que mantienen medidas de seguridad. La generalización de la confusión se expresa incluso para aquellos que no accedieron a conocer un centro de privación de libertad y sin embargo lo toman como referencia. De manera expositiva, se tomaron dos procedimientos regulares que denotan cierta ambigüedad en el tipo de intervención y de uniformidad en el trato a los jóvenes; aludiendo a una confusión que aparece como institucionalizada, donde se indiferencia a la infancia abandonada, con la delincuente. Este aspecto fue hace años trabajado por varios autores (Erosa, 2000; Leopold, 2002; Morás, 2012), y lo retomamos en esta oportunidad para problematizar dos procedimientos institucionales actuales: el ingreso a la institución y las Salidas No Autorizadas.

En primer lugar, para ingresar a INAU los NNA deben pasar por la puerta de ingreso: el DED. En este centro, confluyen todos los tipos de ingreso que la institución mantiene: por privación de libertad, por vulneración de derechos, por estar en situación de calle u otros. En su interior, conserva espacios con celdarios y otros libres; pero siempre que un NNA ingresa, va a “la reja” por no haberse ganado aún la confianza de sus educadores. Ante el desconocimiento, el procedimiento indica una criminalización por motivos de seguridad.

Inv: -Y vos estas un mes en diagnóstico, ¿por qué no te encontraban lugar?

J2: -Claro....me estaban evaluando....yo que sé. Ojo, estuve 5 días nomás en la reja, no? Después me pasaron a las otras rejas. Porque son dos rejas. Esta la reja esa, que es la de ingreso, que entran todos así, gurises fugados, normales, que son normales de hogares de amparo, malandros, entra todo ahí, esa es la reja de ingreso; y después esta la otra reja que es la reja de arriba, cuando los gurises bueno ya hace un tiempo que están, que solo las camas tienen reja. ¿Entendés? (...) depende de tu cuerpo, de tu comportamiento (equivocación en su relato)

En este lugar, los jóvenes entrevistados relataron bañarse y ser revisados en las cosas que traen. Si bien el baño lo manifestaron como reparador, también podemos asumir que implica la limpieza del afuera, de su historia. La revisión de sus cosas (las cuales aparecieron relatadas en una bolsa negra de basura) se realiza por si llegaran a ingresar algún arma blanca. Este procedimiento genera ciertas ambivalencias en los educadores, quienes manifestaron resistirse inicialmente a realizar este procedimiento, aunque posteriormente se percataron de que son también los mismos adolescentes quienes manejan estos acuerdos de convivencia institucional. De esta manera, los jóvenes -a veces- intentan entrar algún arma blanca y los educadores deben revisarlos -por las dudas-. Este procedimiento es esperable que sea realizado por el policía que mantiene servicio de 222 en el DED, aunque no siempre se encuentra.

E2: -A mi al principio me chocaba mucho pero después claro cuando empecé a ver que venían con cortes, (...) Era como necesario pero...Pero ta. Obviamente que yo me negué, siempre me negué a hacerlo, había veces que no había dos veintidós por "x" razón y bueno, espera que venga el dos veintidós, porque ta, porque, eh, vos no podes, el primer vínculo, o sea...Después insertarle un vínculo educativo cuando el primer vínculo que le generaste es que lo revisaste. No sé, yo que sé, había educadores que sí lo hacían, no tenían problema. Pero, a mi me parecía que era contraproducente con, con la tarea propia del educador, (...) Lo que si era importante siempre estar nosotros, garantizar. Por ejemplo, cuando el milico los revisaba, no?

Si bien este relato se corresponde al DED, muchos hogares también mantienen como funcionamiento la contratación de un policía con funciones de 222 en su interior. El Instituto tiene previsto fondos para ello y en su fundamento formal, es para cuidar el perímetro del hogar, por problemas con *el exterior*, por motivos de seguridad. Sin embargo, en las entrevistas no se lo visualizó de esa manera. El policía generalmente se encuentra vigilando el interior -ubicándose dentro de la casa-, y opera como un límite simbólico y concreto: si bien no puede relacionarse con los gurises, en caso extremo se apelaría a él por la vía de la práctica. El educador se propone a veces como garante de derechos, pero ante la ausencia de autoridad policial, es el mismo educador quien realiza el procedimiento, remitiendo al rol que Donzelot (1990) ha descripto minuciosamente de asociación entre la tarea educativa, el educador y la seguridad.

E3: - La directora más de una vez se fue y quedé solo, con un policía que había, en definitiva el policía era... Nunca entendí muy bien porque era para cuidar el perimetral, perimetral no había porque estaba adentro el policía y a los adolescentes no podía tocarlos, este...

Como vemos, el procedimiento de ingreso es homogeneizante en su procedimiento y en su trato, independientemente si ingresa por razones de seguridad o de amparo. Además, la existencia de policías en los centros también pareciera encontrarse a disposición de aquel equipo que lo requiera; sea en su tarea de vigilancia, de revisión o de intervención en situaciones de descontrol. El joven-amparado y el joven-delincuente por tanto mantienen aspectos indiferenciados de peligrosidad y de seguridad procedimental, manteniendo una discrecionalidad en su intervención que podríamos corresponder al paradigma tutelar.

Como segundo procedimiento destacado, la "Salida No acordada" (en adelante SNA) como suele llamarse en el marco del nuevo paradigma, le permite al centro hacer la denuncia policial correspondiente cuando un joven debería estar en el hogar y no lo está. Esto puede producirse por: una salida autorizada en la que el joven regresa fuera del horario acordado, una visita con su familia que no fue acordada o autorizada en ese plazo o ante un desconocimiento del paradero. Es decir, a partir del mandato institucional de dar cuenta de la totalidad de los adolescentes, se realiza una denuncia policial cuando el hogar no avale el lugar donde se encuentra el joven. De esta manera, el centro da parte a la justicia y con ello se desentiende de la responsabilidad de dar cuenta de su paradero y cuidado.

En los hogares, es relativamente frecuente que un joven decida no aceptar un límite de no poder salir, llegar más tarde de lo previsto, escaparse cuando abran la puerta, etc., y como consecuencia, se realiza este procedimiento. El mismo, implica inicialmente llamar a la policía y denunciar el desconocimiento de su paradero; para encontrarlo ésta última y darle ingreso al DED. Pero detengámonos en el procedimiento de re-ingreso: cuando el joven quiere volver a ingresar, tiene que pasar obligatoriamente por una comisaría y ésta puede por ley, tenerlo detenido en un máximo de 12hs. En ese período se encuentran privados de libertad en la celda de la comisaría, donde permanecen con otras detenciones de adultos que puedan realizarse. Antes de cumplir las 12hs, la comisaría lo lleva esposado al DED, donde lo revisan, a veces incluso por un médico para que constate lesiones (generalmente de no agresión por la policía); y desde ahí el DED se comunica con el hogar adonde lo pueden recibir. Un policía actual, joven que vivió en INAU, relata:

J2: - La realidad es que en la (N° Comisaría), a las comisarías eso le tranca los huevos. Entonces te dejan para lo último. No te pueden tener más de 12hs., te dejan 11, 11 y media, 11 y 35... ¿Entendés? Quedas para lo último. Estas esas 11 horas y pico, en una celda de la XX. Siempre tuvimos suerte de que nos fugábamos en grupo, y en la celda no caía nada...caía un malandro... Pero llegábamos a estar solos ahí, y cualquier cosa! Nos

podrían haber violado, cualquier cosa, porque es una celda de recóndito. No es que.. ¿entendés? Y eramos chiquilines de INAU, por eso yo lo veo mal al sistema. (...) ¡No tienen otra! ¿Entendés? ¿Dónde los van a meter? Ingresarnos, nos tienen que ingresar. Una vez que nosotros ingresamos a una comisaría somos responsables de la comisaría.

Como vemos, la comisaría mantendría una penitencia o castigo para el joven al potenciar su pena al máximo permitido por ley -de 12hs.-, para que luego reflexione antes de repetirlo. Una vez ingresados al DED, como relatamos son revisados por el educador o policía 222 para ver si trae algún corte; y revisados por un médico para ver si presentan lesiones, pueden volver al hogar dentro de determinados parámetros; no todos los hogares reciben a sus NNA a todas las horas, por lo que si es tarde en la noche muchas veces pasan la noche en el DED. Además, el hogar a su vez puede negarse a recibir al adolescente si entiende que los acuerdos hechos hasta el momento han sido agotados, y ya no mantiene estrategia de trabajo posible con el joven. En esos casos, permanecen viviendo en el DED hasta encontrar un nuevo hogar.

Por lo tanto, el INAU y la policía en esta práctica actúan en conjunto, criminalizando a la misma infancia amparada. Se cambian los nombres (de Fugas a SNA), pero las prácticas parecieran continuar intactas. Es decisión del equipo proceder de esta manera o no, mientras que la institucionalidad lo determina como el mecanismo obligatorio. Si el hogar no denuncia a un joven que no está, y este corriera algún peligro, sería responsabilidad del hogar haber hecho omisión del cuidado de estos adolescentes-criminalizados en su proceder. Recientemente, algunos centros parecen preguntarse al respecto.

E2: -Eso se empezó a cambiar ahora. Bueno de alguna forma somos nosotros los que, o sea, que Diagnóstico no es una sanción, de alguna forma, buscar un mecanismo interno y decir bueno. (...) Que allá hay pocas salidas no autorizadas pero bueno, igual cuando las hay, ta, salvo que sea de muchos días que implique una denuncia, que pueda implicar otro tipo de cuestiones, pero cuando son (...) esas cuestiones que se pudieron resolver, bueno, intentar resolverlo en el hogar.

Desde el DED, pueden percibir entonces como la práctica de la denuncia de la SNA constituye una práctica legitimada institucionalmente que cada equipo la utiliza con fines e intensidades disciplinadores diferentes.

E2: -Vos tenías (...) los gurises estaban en los hogares de permanencia, eh, que ingresaban y ta, vos tenés hogares (...), que todos los días tenían gurises de sus hogares, y después tenías hogares (...) que iban menos los gurises. Después tenías

hogares que a veces pasaba que llegaban diez minutos tarde al hogar de estudiar y ya lo mandaban, lo mandaban para Diagnóstico, ese tipo de cuestiones y ta, ese era un tipo de gurises que tenías. Después tenías los gurises que no estaban en calle que estaban que son gurises que son infractores y que están, que entran y salen, ¿no? Y muchos con consumo (...) que generan infracciones, pero las infracciones no implican privación de libertad, entonces el juez ordena que sean entregados a la familia y esa función se cumple en Diagnóstico. Y después ta, los gurises que o esperaban un hogar porque recién ingresan a Institución o éstos gurises de calle que a veces permanecían tres días, cuatro días, cinco días, o a veces un mes, dos meses, tres meses ahí, yo que sé. O gurises que no se podían sostener directamente en los hogares y que iban, iban para ahí y pasaban de alguna forma meses en Diagnóstico, yo que sé, no sé. Pienso en (nombre de un adolescente). Después del lío que hubo, el gurí pasó a estar en Diagnóstico seis meses.

Este es un mecanismo previsto para una SNA, y utilizado como castigo si se rompen los acuerdos previos. Es una forma de criminalizar la sanción disciplinaria, y por tanto de constituir al adolescente que no respeta una norma, en un delincuente. Morás (2012) en su libro “Los hijos del Estado”, ha relatado cómo la marginalidad que rodea a aquellos NNA en situación de amparo en la órbita estatal, suele asociarse a un estado de peligrosidad donde se aplican “medidas de seguridad” para el que cometa el “delito” de fugarse del sistema “tutelar” del Estado. En este sentido, las políticas tutelares no difieren en demasía de las represivas, lo cual genera a su vez, el deseo en el joven de “fugar” permanentemente. Esta criminalización, podemos visualizarla incluso en la confusión del nombramiento de la SNA por parte de los educadores de los centros de protección de tiempo completo.

E1: - Porque un día te entraban 24 y al otro día vos llegabas y tenías 14 porque se habían fugado 10, ¿ta? porque abrían la puerta y se iban, no había gente.(...) Se trabajaba a puerta cerrada, pero los gurises, según el turno, presionaban a la funcionaria, le quitaban la llave y se iban, o cuando llegaba el lechero, llegaba el panadero o alguien llegaba y abrían la puerta (silba) puerta afuera!

Esta práctica actual ocurre en algunos hogares de amparo de distintas edades en el marco del paradigma de la Protección Integral. Y esta confusión, se refleja también en la diferenciación conceptual de los tipos de hogares (con medidas de seguridad o de amparo) tan solo por la edad “punible”. Hablando de un centro de ingreso de amparo:

*E1: -No, los que los agarraban con cosas pesadas iban para otro lado.
Inv:- ¿Qué, iban a Diagnóstico?*

E1- Ahí generalmente entraban todos los menores de 15 años.

El amparo aquí pareciera aplicarse a los menores de 16 años que no acceden a un hogar con medidas de seguridad. De cualquier manera, esta confusión se visualiza en lo indiscriminado de algunas prácticas de amparo: trabajar a puerta cerrada, fugarse del centro y como veremos, delinquir cotidianamente. Los jóvenes que piden amparo pueden ser echados de los centros de INAU haciendo una SNA como mecanismo formal, pero escondiendo un acoso que repite su patrón de que nadie va a poder aceptarlo, ni sostenerlo, ni educarlo. El adolescente actúa consecuentemente con lo que el mundo adulto le devuelve, y es a partir de allí que pueda desplegar todo su potencial "delictivo". Es el lugar social brindado por las instituciones que cuidan de la adolescencia (Chaves, 2010): la familia, la sociedad y el INAU.

E1: -(...)Que yo sabía que al otro día le iban a complicar la vida al hogar con tal de irse, después que se iba la camioneta³⁹ yo los corría, eso es una cosa lógica, te están trayendo un botija problemático, que vos sabes que al otro día va a descomponer todo el hogar, todo el funcionamiento... ¿a qué te voy a dejar a vos...? Aparte que yo sé que entraban 2 o 3 compañeras al otro día de mañana que no los iban a poder contener. Entonces... en vez de que vos te quedés acá a robar las cosas del hogar, a robarle las cosas a los demás chiquilines, a complicar y después te vas... Porque pasaba eso, venían y cuando había mujeres solas en el hogar se hacían los patoteros, les robaban las cosas a los gurises, a las propias funcionarias, les complicaban la vida, después que estaban re llenos, se iban, entonces vamo' a abreviar: "te vas ahora!" (...) Las 2 o 3 veces que me lo trajeron, las 2 o 3 veces yo lo eché.

2.2 Trayectorias singulares

Partiendo ya de las narrativas que configuraron un mapa posible de los hogares, los adolescentes describen ahora sus trayectorias singulares acerca de su paso por la institución. La descripción acerca de sus trayectos se relacionan a cómo los concebimos como adolescentes, concatenando dicha percepción al tipo de política pública desarrollada (Chaves, 2010); las cuales se analizan a partir de sus operadores directos, y de cómo los adolescentes han vivenciado dichas intervenciones. Comenzaremos en el punto 2.1, describiendo brevemente sus motivos de ingreso, para luego problematizar algunos aspectos de su tránsito institucional en relación al traslado como mecanismo de movilidad de adolescentes entre centros. Este movimiento está asociado a la

39 Camioneta de Diagnóstico que va al Centro a Ingresar a un NNA.

categoría de *perfil*, la cual emergió como fundamento de la gestión de dichos traslados. En el punto 2.1.2, se analiza al egreso en tanto se constituye como futuro próximo que atraviesa la vida cotidiana de los hogares de adolescentes próximos a egresar.

Por último, las voces de los jóvenes relatan algunos procesos que sintieron como reparador de sus subjetividades: la posibilidad de alejamiento de la situación de violencia que motivó el ingreso y el entablar *confianza* con un otro que me muestre que es posible construir un vínculo de apoyo, sostén y escucha, que les permita crecer con firmeza y proyección.

2.1.1 Sus ingresos, traslados y perfiles.

Las razones de ingreso a los hogares de amparo de los NNA entrevistados, coinciden a la definición formal de responder frente a una situación de amenaza o vulneración de derechos, o de vulneración de derechos de terceros, conforme lo dispuesto en los artículos 117 y siguientes del CNA; así como también por las llamadas “situaciones especiales”, refiriéndose a casos de maltrato o abuso (López & Palummo, 2013). La forma de llegar a la institución y solicitar amparo puede producirse mediante las instituciones o agentes que detectan y denuncian las situaciones al poder judicial, o por particulares, funcionarios policiales o funcionarios públicos en general (López & Palummo, 2013). Los NNA pueden solicitar por su sola voluntad la internación en estos centros, alegando cualquiera de estas situaciones. Resulta llamativo sin embargo, que en la adolescencia sea el agente policial la principal fuente de derivación de situaciones, a diferencia de otras franjas etáreas en las que derivan mayormente funcionarios públicos o particulares (López & Palummo, 2013). Esta situación específica para la adolescencia, podemos relacionarlo a un componente de seguridad pública. Si bien en las tres entrevistas realizadas no fueron derivadas por ese medio, solamente uno ingresó a la institución durante su adolescencia. Además, es necesario relacionar esta fuente de derivación a una menor oferta de servicios de INAU para los jóvenes, constituyendo la adolescencia solamente el 15% del presupuesto total, en contraste al 31% destinado a políticas en edad escolar, contra el 54% para la primera infancia (INAU, 2014). Esto podría generar que existan menos operadores no policiales en contacto con situaciones de alta vulnerabilidad durante la adolescencia.

Ahora bien, a partir de las entrevistas realizadas a los adolescentes se desprende una vivencia de responsabilización propia en relación a su motivo de ingreso. Este sentimiento, puede ser producto de la misma situación de culpabilización a la que era sometido en su núcleo familiar para justificar un relacionamiento violento, pero también responde a un mantenimiento de dicho sentir a pesar de transcurrir varios años en la institución. Es decir, podría responder a un tipo de manejo

institucional que de alguna manera “le confirme” que su situación de internación, se produce por tener algún “error” o comportamiento indebido en su núcleo familiar, perpetuando el tipo de relacionamiento violento previo.

J2: -Entré básicamente por problemas familiares, con relacionamiento con mi padrastro. Yo siempre tuve padrastrros, el primero tenía problemas de alcoholismo, todo eso, y bueno. El segundo tenía (...) ciertas actitudes que llevaban a psicológicamente a dañarte por así decirlo como gurí, o como chiquilín. Después de esas actitudes se generó como un círculo de violencia, que se yo...el me contestó, y me habilitó a zincharle la oreja, o a darle un cachetazo, cosas así. Y bueno ta, después más que nada la rebeldía de un adolescente, mezclala con eso, al sentimiento que tuvo con el primer padrastro, con que este segundo padrastro no era muy amigable que digamos y encima la rebeldía del adolescente, porque hay que reconocer que esa etapa es muy complicada. Hay que reconocer que los errores no son solo de una parte, no? Digo, si bien no se manejaron bien las cosas de la parte adulta, que siempre lo pensé, y hay cosas que son imperdonables para mi, no?

Vemos en este párrafo como se atribuye la culpabilización del suceso, a la violencia recibida pero también a la “rebeldía del adolescente” -a su propia persona-. La culpabilización aquí parece potenciarse por asociarse a su categoría de “adolescente”, minimizando la responsabilidad del mundo adulto en este proceso. Esta minimización por ser joven, la hemos desarrollado a partir de los planteos de Chaves (2010), relacionándolo a su vez al desarrollo de una política que consecuentemente confirma estas creencias sociales; teniendo como efecto su permanencia a pesar de su tránsito por la institución.

Luego de ingresar a la institución, los adolescentes relataron la permanencia en un centro, pero manteniendo la posibilidad de ser llevado a otro “acorde a sus características”. Los *traslados* son mecanismos a través del cual se cambia de hogar a un NNA o a un funcionario. Para los funcionarios, se fundamentan en determinadas situaciones como un hecho de violencia, robo o enfrentamiento con la dirección. Con los NNA, los motivos de los traslados son más variados y constituyen un funcionamiento institucional bastante frecuente. Es esperable encontrarse con jóvenes que han vivido en varios hogares durante su infancia y en otros tantos durante su adolescencia, o alternando con otras modalidades de cuidado como las cuidadoras, etc.; generando un tránsito que repercute en un estado permanente “de paso” durante su trayectoria institucional.

En este proceso, cada hogar puede fundamentar haber agotado sus estrategias de intervención y con ello aparece una categoría que fundamenta la mayor parte de los traslados: *el perfil*. ¿Qué implica el perfil del adolescente? De forma genérica, uno puede fundamentar el perfil en una poca adaptación al cotidiano del centro, y poca aceptación de las exigencias que este mantenga (como asistir al centro educativo, sostener el tratamiento psiquiátrico, etc.). Los hogares a su vez, mantienen diferentes niveles de perfiles y de exigencias entre sí. Sin embargo, en la mayoría de las situaciones entrevistadas, el perfil apareció asociado a lo negativo y construido desde la desconfianza y el deterioro; relacionándolo a su vez con la delincuencia y a criterios de seguridad. En este sentido, el “delincuente” primario, el más inocente, no debe ser fomentado en su vida delictiva y por ello, separado del otro más experimentado.

J2: -Si bien no es un hogar de medidas de seguridad, el perfil de gurises es un perfil más que nada de delincuente. Literal. Digo, vos vas a XX y miras las paredes quemadas con el coso de cigarro, todo como si fuera un encarcelaje. O sea, no era con medidas de seguridad pero...cómo te puedo explicar. ¿Viste que hay perfiles y perfiles? Por más que no estés preso dentro de los hogares, los hogares ves el perfil de un chiquilín.

Aquí vemos cómo el amparo se entremezcla con las políticas punitivas, asociando al adolescente que ha ingresado por vulneración de derechos, al otro que ingresa por haber transgredido la ley. Este perfil se remite al nivel de transgresión y a su vez, asociado a una patología.

E1: -Todos fumaban, todos se drogaban, entonces yo se lo dije a (Superior de INAU), "sí, pero tienen la misma edad" Pero no tienen el mismo perfil! (...) ¿No te diste cuenta? Que los nuestros no sabían lo que era un pucho y traes esos gurises que se andan prostituyendo en la calle y que se andan drogando y que andan robando. Sí, tienen 13 años, pero lo que vivieron aquellos, estos...no lo conocen! ¿cómo los vas a mezclar? -"no los tengo donde poner" -dice (Superior de INAU)-

En este fragmento vemos el funcionamiento delimitando los distintos perfiles de los centros, la dificultad institucional en “poner” a los NNA en distintos hogares, además de la especificidad de las percepciones que se tienen de la infancia y la adolescencia que habitan estos espacios. En otras ocasiones, de las entrevistas se desprende que el perfil de adolescentes parece asociado a lo patológico.

E3: -Y me refiero con un perfil similar a gurises con una medicación importante por ejemplo ¿no? gurises con estado(...) de deterioro importante, con institucionalización importante, con historias pesadas, eso, creo que después fue modificándose y el perfil fue variando, este... Entonces creo que... Claro, eran 2 hogares diferentes, eran como el

agua y el aceite, más allá que estaban en el marco de una misma institución, con muchísimas cosas en común, tenían muchas cosas que los hacían diferentes, (...) el equipo sin dudas lo hacía diferente, los trabajadores de ahí tenían otras intenciones, otra cabeza (...)

Ahora bien, el INAU no mantiene la planificación central de sus hogares de manera que abarquen diferentes *perfiles*. Cada centro define su “perfil” de usuarios, su dinámica cotidiana, un poco en función de la población que ya tiene, otro en función de su posibilidad y deseo de trabajo. En consecuencia, INAU algunas veces respeta esto y otras, debe violentarlo por no tener propuesta de hogares disponibles para determinados NNA. Y a su vez, se reserva algunos hogares puntuales adonde pueden ir todos los que nadie tolera. Por último, para los otros usuarios que no son aceptados ni en estos centros, les resta vivir en Tribal.

E1: -(...) y se tienen que terminar los entreveros en los hogares, no son hogares, son depósitos, hace 24 años que son depósitos, en este estante pones el psiquiátrico, en el de más abajo pones el psicótico, en más abajo pones el drogadicto, en este otro pones el violado, al lado el violador, acá el rapiñero, acá el que... El alcohólico, acá... Es un depósito.

Morás (2012) en este sentido, analiza en la década del 50, cómo estas atenciones estatales de tiempo completo por protección, eran relacionadas a la conformación de futuros delincuentes; tanto en lo indiferenciado de su atención, cómo en la selección de educadores que también poseían antecedentes penales. Estos precoces delincuentes juveniles habían estado en gran medida en albergues oficiales, los cuales son calificados, -al igual que ahora- como depósitos donde se los entrena en la “escuela de la calle”.

A este escenario, se le suma el hecho de que los hogares definen perfiles de adolescentes que en la práctica parecen no corresponderse: un centro de amparo mantiene un perfil en su proyecto para adolescentes con perfil de adicción, pero en la visión de los educadores y de los jóvenes es el tamaño del físico lo que pareciera determinar su selección. Los usuarios son grandes de cuerpo, como así sus educadores. Otros centros que procuran definir un perfil de población, dependen de las posibilidades de la dirección y del equipo de viabilizarlo; es decir, de sostener las tensiones institucionales que ello genera. Como mencionamos anteriormente, las direcciones sostenidas por encargaturas mantienen limitaciones para responder negativamente ante una imposición de su superior. A pesar de todas estas características, existen hogares que mantienen un perfil con éxito y son respetados institucionalmente por ello. Este proceso generalmente se

logra a partir de la evaluación de sus NNA con el paso del tiempo, y se asocia a un respeto por la tarea, por los límites del equipo y por su trabajo educativo.

Sin embargo, para los hogares tercerizados, pareciera atravesar otro aspecto. Al conveniar por cupo, tenés que procurar tenerlo lleno, ya que con ello se garantiza la misma subsistencia del proyecto.

G2: -No importa cómo sea, no importa si el servicio es el apropiado, no importa, es un número más, si hay cupo para 25 y tenés 24 y esta éste, hay que meterlo adentro, aunque este chiquilín tenga unas características que no estén ajustadas al servicio que se le va a dar, lo cual implica otra vez tensiones, este... Yo en particular, pagué muy caro eso pero sí creo que lo acertado para las chiquilinas, (...) me parece que no cualquier lugar es para cualquier chiquilín, porque yo considero que no son cualquier chiquilín, para ellos son todos iguales, y todos son unos pichis y todos son unos chiquilines (...) son excepcionales las personas que reparan si este Fulanito a ver ¿cómo es? ¿qué le pasa? ¿quién es? ¿qué tiene? ¿qué le pasó? ¿de dónde viene? ¿para qué lugar es mejor? son muy pocos los... Mi experiencia es distinta pero no es lo que predomina, si hay cupo, lo tenés que meter adentro.

Frecuentemente, esta resolución para los adolescentes, se gestiona de manera sorpresiva. Si bien el equipo puede estar solicitando un traslado a la división durante meses, esta información la maneja el director o el conjunto de adultos que allí trabajan. Se entiende que comunicar con anticipación un traslado puede despertar ansiedades que el mismo equipo (o funcionario de turno) no podría contener en el joven. La forma de comunicación entonces suele ser abrupta, para que lo vayan procesando posteriormente y no a la inversa. De esta manera, cuando llega un NNA trasladado de otro hogar, frecuentemente llega impactado por la inesperada situación. La diferencia es que generalmente, al no conocer "hasta donde" puede expresar su impotencia y furia, la manifiesta en forma depresiva pero conteniendo la agresividad que podría haber desplegado en su hogar anterior.

J1: -(...) Porque llegó un momento que cambió el ambiente y los demás me dijeron vení, vamos a ir a tal lado y me llevaron al hogar sin avisarme, porque yo era un poco rebelde pero no era tampoco para engatusarme y decirme vamos a tal lado y me llevaron a otro hogar.

Inv -(...) Y, ¿Cuándo te avivaste de lo que estaba pasando?

J1 -Cuando llegue ahí a la puerta y dijo esta es la niña que traemos del hogar. (...) ¡Que bárbaro! Son terribles no me avisaron nada, no me dejaron ni despedirme, no me gustó

mucho. (...) Fue muy difícil.

El traslado en estas condiciones, parece operar como amenaza manifiesta en los hogares para adolescentes, reproduciendo una forma de ejercicio de violencia simbólica. Si el joven no se adapta a la propuesta, debe encontrar un hogar para *su necesidad*. Lo implícito de la amenaza, es que sino acepta los límites en un hogar de puertas abiertas, irá a uno cerrado; lo cual reproduce a su vez la misma situación de abandono previa, donde muchos núcleos familiares los amenazaban con “llevarlos al INAU” sino se comportaban de determinada manera.

J2: -(...) Una de las cosas que cambiaría es tener un chiquilín demasiado rotado. Que fue lo que me, a mi por ejemplo el tema curricular me atrasó (...) tratar de establecer al chiquilín en el hogar. No tener esa amenaza constante de te portas mal y te vas a otro hogar, como si fuera un castigo. Vos a un hijo no le decís si te portas mal te vas a dormir con la vecina, con el tío. Si te portas mal, si sos conflictivo, no tenés que inmediatamente....porque yo lo vi mucho en hogares: -Ah, no este chiquilín es conflictivo, vaya, pase a otros hogares. Y así esta el chiquilín, como maleta de bobo de hogar en hogar. Y resulta que en ese hogar, establecerse en uno, en el otro, en el otro, generan problemas psicológicos también, que a su vez en vez de trabajarlo psicológicamente, lo tratan psiquiátricamente. Genera que el chiquilín toma medicación, que se atrase en los estudios, que pase el tiempo y en algún momento el chiquilín tenga 18 años y ta. Y terminen siendo un pastoso, como XXX, que me da lástima hoy porque una vuelta lo vi llorando y ta...¿Te acordás? Yo creo que la estabilidad en un punto, yo creo que para todos los chiquilines es muy importante.

Sin embargo, para los educadores los perfiles de los adolescentes en los centros es un aspecto sentido como imprescindible para poder realizar un trabajo educativo. Supone un criterio de homogeneidad sobre el cual fundamentar una dinámica cotidiana, con exigencias y resultados esperables, uniformes para todos. Este criterio, se justifica en el marco de la escasez de recursos humanos que vivencian los centros: si existe solo un educador o dos en el turno, se dificulta para poder establecer una diversidad de situaciones y exigencias en simultáneo, sin ocasionar un mayor malestar a los usuarios por eso.

Parece constituirse un paradigma donde *lo justo o lo educativo* resulta de lo homogéneo para todos los adolescentes; en contraste a un paradigma de la diversidad, donde *lo justo* podría remitirse a lo exigible a cada singularidad. Este desarrollo, en el marco de la diversidad podría contribuir a desarrollar aspectos de tolerancia social a la diferencia y de la singularización de la

estrategia educativa. Esto posibilitaría quebrar el nivel de totalización actual de los centros (Goffman, 2009) pero dadas las condiciones actuales de carencias críticas en las condiciones de su personal de atención directa, esto no parece operar ni aún como ideal. Aunque como desarrollamos, la fundamentación principal relevada en las entrevistas no parece estar atada a la falta de personal, sino a un criterio educativo que remite a un modelo de ser humano normalizado y generalizado (Foucault, 2002). Por lo tanto, los traslados asociados al perfil y éste en tanto modelo único del ser, construye un funcionamiento que invisibiliza la violencia simbólica que genera en los adolescentes; perpetuando un modelo de relacionamiento violento, donde el adolescente es culpabilizado de todo el funcionamiento institucional.

En este sentido, aquellas otras personas que no se encuentran inmersas directamente en la dinámica cotidiana de los hogares, analizan otras visiones de cuidado del joven, de repercusiones subjetivas y de reproducción de un abandono permanente.

Q2: -Fueron maltratados por la familia, abandonados por la familia, van a otro lugar, otro abandono, otro desarraigo, a otro lado, que a como se comporte, como se adapte, se va a quedar, porque sino es a otro....entonces esas cosas tienen que influir.(...) Hay que tratar de ver pero es difícil, porque es como si te digo vos tenés que definir funciones y responsabilidades, acá: ¿Donde está el quiebre del mal funcionamiento?. Se va haciendo, sin quererlo...sin quererlo.

Trasladar compulsivamente a un adolescente se puede remitir a una confirmación subjetiva de que nadie lo quiere o de que nadie lo puede tolerar. Y esto necesariamente tiene repercusiones en el desarrollo afectivo y subjetivo del joven. Este funcionamiento opera como regla, como amenaza manifiesta o latente y por tanto como condición de permanencia al centro para todos los adolescentes internados. Y en tanto funcionamiento institucionalizado, debemos valorarlo como constitutivo del desarrollo subjetivo de los adolescentes que viven en hogares de permanencia de INAU.

2.2.2 Egresos

El egreso constituye no solamente un punto de llegada a la mayoría de edad, sino el momento en que el joven despliega lo adquirido durante sus años de vida. Sus posibilidades de éxito se remiten a condiciones singulares, comunitarias, familiares, pero también en función de lo trabajado desde la interna del hogar. ¿Qué acciones emprenden los hogares para ello?

Hasta ahora hemos visualizado, que los centros principalmente desarrollan las actividades que se

remiten a las actividades diarias, posibilitando la adquisición de habilidades básicas de higiene, sueño y alimentación. Estas actividades si bien constituyen una base sobre la cual poder funcionar en el afuera, no son suficientes para tener un nivel de autonomía mínimo que le permita una subsistencia digna. La institución idealmente supone egresar a los jóvenes en un ambiente familiar, o en un proyecto individual consolidado. Para ello, los jóvenes pueden egresar a los 18 años, pedir una prórroga hasta los 21 años, o ser derivados a otros proyectos llamados de “egreso”, gestionados por INAU. Sin embargo, para las voces adolescentes entrevistadas, los egresos aparecieron asociados a destinos fatales, de encierro o de situación de calle.

J2: -Hay chiquilines que yo veo muy bien, ¿viste? Pero cuando los cruzo, la gran mayoría que me he cruzado, o sino los veo mal en el momento me doy cuenta de que van a agarrar para otro lado. XX, este que te digo: Bo, pariente, la veta, bu bu bu...es una pendejada. Pero cuando me empieza a hablar así, va a terminar (...) preso hoy. (...) por rapiñar un bondi a mano armada. Preso en el módulo X de allá del COMCAR.

Los hogares, cumplida la mayoría de edad de los usuarios, pueden tramitar el egreso del joven incluso algunas veces gestionando únicamente un refugio del MIDES para pernoctar una vez egresado.

J2: -Y terminen siendo un pastoso, como XX, que me da lástima hoy porque una vuelta lo vi llorando y ta...¿te acordás? Yo creo que la estabilidad en un punto, yo creo que para todos los chiquilines es muy importante. (...) Puedo llegar a decir que bueno, el chiquilín era un dejado, todo lo que quieras, pero en toda casa hay chiquilines dejados. Y siempre hay que buscar el laburo constante, ¿no? Para buscarle la vuelta: si vos sos dejado, bueno. Yo no te dejo dejarte, no te quedes tirado en el sillón y yo te dejo. Dale, dale, eso fue un error, un fracaso de todos. Considero que XX, capaz que te enojás o algo, fue un fracaso de todos los educadores en general, un total fracaso. De INAU en general. O sea, la situación de él es producto de un fracaso de la institución, ¿ta? Yo creo que XX no estaría en la situación que esta hoy si se hubiera trabajado correctamente con él.

Otro significativo asociado, fue la muerte.

J3: -Yo creo que al único que le llego a ir bien fue a XX, que ta...XX hoy no esta con nosotros, falleció, no se si sabías vos...

Ahora bien, en el INAU existen departamentos que se encargan de proveer pasantías laborales, formación para el mundo laboral y otros proyectos que son llamado de egreso. Estos programas sostienen un nivel intermedio de autonomía, donde el joven trabaja y se financia algo de su

subsistencia, mientras que el Instituto sostiene otra parte. Sin embargo, el conocimiento de los hogares sobre las modalidades de abordaje de proyecto de egreso, o del Departamento Laboral de INAU, parece depender de las individualidades que transiten. A través de las entrevistas, no parece ser una información institucionalizada y que forme parte de todos los centros. Todos los actores entrevistados acuerdan que el egreso no es trabajado como se debería, sino que se remite al tipo de redes y de la voluntad de tenderlas que cada actor institucional pueda ir haciendo.

E3: -(...) Te pegan una patada en el culo, a ver, no saben! A mí me pasó acá con la dirección del (...) Programa (...), y dice "sí, nosotros tenemos que tener más comunicación, 'tamos uno abajo de otro -dice- yo no sé bien cómo trabaja Laboral"

Resulta llamativo cómo el Departamento que tiene la potestad de ofrecer becas laborales para los adolescentes que están viviendo en hogares, recibe su mayor demanda desde lo externo al sistema de tiempo completo. Además, los adolescentes que son derivados desde los centros 24hs. a ese programa, parecen tener mayores dificultades para lograr procesos de autonomía mínimos que les permitan trabajar. Y esto, como venimos desarrollando, parece ser producto de una intervención educativa insuficiente.

E3: -Me parece que el gurí de INAU está mucho más institucionalizado, le cuesta mucho más el proceso de autonomía que el gurí de la ONG's, de tiempo completo los dos ¿ta? (...) de todas maneras, digo, la gran diferencia para mí se hace: el gurí de INAU- tiempo completo y el gurí obviamente...

Inv- Tiempo parcial.

E3 -Claro, ahí se hace la diferencia, inclusive en INAU también, o sea, ahí hay una diferencia en la autonomía, es notoria, abismal, es... Nada que ver, nada que ver, el gurí que tiene la familia, que tiene un vínculo más social, que no está bajo la órbita más de institucional en INAU, ¡Pah! se mueve de otra forma ¿no? el gurí que está bajo la órbita de INAU, es como que ta... Es muy difícil, yo hoy estaba con uno que no, no...

Y como último punto no menor, se asociaron las posibilidades de éxito que los jóvenes puedan desarrollar en este tipo de proyectos, a la cantidad de psicofármacos que consumen cotidianamente en los hogares.

E3: -(...) Una gurisa que trabajé con ella que viene de un hogar de (...), vino al departamento de laboral, estaba trabajando, una beca tenía y se dormía porque le aumentaba... Hasta por demás, si te duerme la medicación es porque no está tan bien ¿no? me parece, yo no soy psiquiatra ¿no? pero... No entiendo mucho pero entiendo que

si te duerme no está tan bien.

2.2.3 Reparaciones subjetivas

Dos elementos aparecieron para los adolescentes, como reparadores de las vulnerabilidades sentidas previo al ingreso a la institución. Por una parte, alejarse de la situación de violencia vivida en su casa, parecen valorarlo como positivo después de transitar años dentro de la institución. En segundo lugar, se destaca la confianza que los jóvenes puedan crear con otros adultos, que les muestre que otro tipo de relacionamiento es posible. Como vimos en el primer punto del análisis, la confianza en los hogares es sumamente difícil de crear, pero una vez establecida parece mostrarse como significativamente reparadora para el adolescente.

-La violencia: Todos los adolescentes entrevistados, evalúan que permanecer en un hogar les restituyó la minimización de las situaciones de violencia, al menos con la distancia del núcleo familiar vivenciado como dañino y violento. Esta información coincide con la investigación previa relevada sobre hogares de amparo (López & Palummo, 2013), aunque debemos destacar que recoge únicamente los testimonios de los jóvenes que culminaron eligiendo permanecer en los hogares -en contraposición a otros que han transitado en hogares y actualmente viven en situación de calle, por ejemplo-.

J2:-El tema es que cuando a mi me decían: vamos a trabajar en tu casa, porque estaban en una buena posición...claro. En los hogares veían que de repente estaban en una buena posición, también, pero yo habiendo vivido todo eso...me chupa tres huevos la posición. Prefiero estar en un hogar con 13 monos, a veces pasa de que alguno se hace el loco y te quiere apuñalar (porque es literal) o te falta el respeto o algo así, pero no tenés toda esa psicológica, entendés? De esto...aquello, lo otro...y después para comer. Ahí hubiera el quilombo que hubiera a la hora te sentabas a comer y nadie te reclamaba nada. Y todo así.

Inv- O sea, era menos violento el hogar que tu casa...

J2- Sí, en un sentido sí. O sea, tiene su cuota de violencia, vamos a ser realistas.

En esta cita se relatan varios aspectos. Por una parte, un posicionamiento de trabajo con las familias desde los hogares en relación al estatus económico, invisibilizando formas de violencia que el joven siente como dañinas. La violencia en forma de estallido como agresión física, es sentida como menor a aquella otra desplegada sistemáticamente de manera psicológica. Este joven logra ejemplificar cómo problematizando el nivel de violencia vivida en los hogares, es aún más reparador que la vida en familia que llevaba previamente, valorando positivamente el haber

transitado por algún centro, por lo menos por aquellos centros *bien* (Fraiman & Rossal, 2011).

-La confianza: Cada NNA debe tener una carpeta en el hogar donde conste sus motivos de ingreso, su historial clínico y el trabajo realizado hasta el momento, tanto con el joven como con su familia. En el caso de no registrarse, pueden producirse omisiones graves en la atención, lo cual repercute directamente sobre la calidad de la atención recibida. Cuando esta información existe, las modalidades de circulación varían según el hogar y el equipo de trabajo. Mientras que en algunos centros solamente el director y los técnicos tienen acceso a ello, en otros lo manejan todos los adultos que trabajan. Este último escenario, ocasiona determinados funcionamientos que pueden propiciar la reproducción de la violencia y la culpabilización del joven en el hogar, otorgándole un valor moral en relación a los motivos que justifican su internación. Adolescentes relatan informaciones indiscretamente manejadas y de manera violenta para con ellos: justificando su abandono y con ello culpabilizándolo.

J2: -(...) De hacer sentir, ahí haces que el chiquilín sepa que está en una institución, ¿entendés? Que lo que está en esas cuatro paredes, no queda en esas cuatro paredes. Y nadie respeta un sorete. Entonces a mi no me vengas a decir después, que esta es mi casa. Si rompo una silla me chupa un huevo, esta no es mi casa, este es mi hogar. No genera ese clima de confianza en el chiquilín, de manera que él valore ese lugar como la casa. ¿Por qué? Porque partiendo de la base que no se respeta su intimidad, ¿no?

En el caso que se tengan los registros acordemente, el equipo de trabajo puede tener distintas motivaciones para su lectura, quedando a disposición de un equipo que no siempre conserva el perfil educativo para la tarea:

E1:-Había compañeros míos que yo no sé, lo hacían por morbo nada más ¿viste? Lo primero que hacían era agarrar la historia del botija, la internación, de las cosas que le habían pasado y todo eso, yo pienso que si vos haces eso para estar interiorizado y saber cómo abordarlo al chiquilín, (...) Es válido ¿entendés? pero lo haces solo por el morbo de saber que fue violado, que fue maltratado, que fue esto, lo otro, entonces yo lo que hacía era... Empezaba de cero con ellos, y lo que él me quisiera contar me contaba ¿entendés? Tampoco estar escarbando y pinchando que esto y lo otro.

El manejo adecuado de esta información puede permitirle al equipo apropiarse de la información para diseñar una estrategia y tener determinados consideraciones personalizadas con cada joven. Sin embargo, para lograr esto es necesario un funcionamiento de trabajo en equipo y el diseño de una estrategia de trabajo singular con cada adolescente internado, lo cual como vimos resulta por

lo menos dificultoso en algunos centros de Montevideo.

En cualquiera de sus sentidos, la confianza parece ser un principio que marca el tránsito de los jóvenes en los hogares. Hablar de lo que les sucede, de sus motivos de ingreso, de sus familias pareciera ser necesario para poder elaborar junto a un otro su propia historia. Cuando ello no sucede, los adolescentes sienten una falta de apoyo que se traduce en su estado de ánimo depresivo, limitando sus potencialidades de desarrollo:

J1:-(...)Que no podía hablar con nadie, estaba todo el tiempo triste por el ambiente, era horrible, y porque cada cosa que decías ya iban a apuntar y a veces lo usaban como motivo de tema de laburo ¿entendés? (...) siempre necesité como alguien en quien confiar o hablar cosas sin que se entere todo el mundo.

Si los jóvenes sienten confianza en los educadores, pueden apoyarse en ellos emocionalmente, y esto lo traen como reparador en sí mismo. Esta confianza a su vez puede fundarse en el vínculo que establezca, pero también a partir de las observaciones que realizan del mundo adulto. Observan cuidadosamente que no se estén robando su comida, que puedan tener el control de la casa y encuadrar el cotidiano de un grupo de adolescentes, o que puedan ser respetuosos de su sentir. Parece una tarea difícil pero de lograrse, es sumamente reparadora para el adolescente.

Inv-¿No había adultos con los que te llevaras bien?

J1-Claro, no. Porque nadie se ponía a charlar.

Inv-¿Y cómo era? ¿Qué hacían?

J1- Todo el mundo quería estar fuera del hogar, los educadores querían irse era un caos eso.

La confianza desde la perspectiva de los educadores, aparece asociada a la forma de puesta de límites y al *miedo* que tienen de los adolescentes que habitan los hogares, a los que cuidan.

E1: -Es muy difícil para el gurí establecer un vínculo con el funcionario porque no le tiene confianza, y lo peor que le pasa al botija es darse cuenta que el funcionario le tiene miedo y peor si se da cuenta que el funcionario no se interesa por él, la única preocupación es que no le compliques el turno.

Es interesante cómo la imposibilidad de poner límites saludables es vivenciada a partir del miedo y eso opera como un vínculo sin capacidad de contención, es decir, de reparación para el joven. En cambio, otro joven nos relata lo ejemplar de un hogar donde pudo establecer un vínculo de confianza con unos educadores puntuales, y cómo ello le cambió todo su sentir:

J2: *-No sé, había como una diferencia...no sé como hacían eso la verdad. Pero los tres llegaron a lograr un poco de eso. Entonces sentís al educador como un amigo, literal. Confiás. Y ta, se genera eso de que ta, seguís ejemplos, o aspiras en algún momento a ser como esas personas o como una referencia, yo que sé. A mi me influía mucho, ¿no? Yo también creo que por ejemplo, X tuvo concurrencia a universidades y todo eso. Y también estaba en pleno estudio de licenciaturas y eso. Z estaba estudiando X, ¿no? Y tiene una forma de ser, una idiosincrasia muy particular. Yo creo que todo eso colaboró. Eran los 3 educadores que ayudó pila a uno tomar como referencia esas tres cosas. Y que los 3 como que siempre dale, terminá el ciclo básico...*

En las entrevistas realizadas a todos los actores de hogares, se preguntó sobre cuáles serían las condiciones ideales de los hogares, o qué cosas mejorarían. La confianza, aparece también como requisito de un hogar ideal para los jóvenes.

J1: *-Y, la atención de las gurisas intentaría en realidad, formar vínculos. No ser como así, como, que no puedas contar, por ejemplo yo soy una gurisa y ahí como que te cuente algo a vos y ahí rehabilitar cartel como que yo me reservaría más. Para estar mejor las chiquilinas, porque no, se siente mejor capaz que si es algo grave, yo que sé, contárselo al superior, al director, pero no que se esté paseando por todo... Que eso me parece que es bueno para mejorar la salud.*

En este sentido una joven solicita terapia afuera del hogar, para poder hablar sin tener el riesgo de la comunicación indebida entre los adultos sobre su vida privada, garantizándose a su vez que ningún adulto del centro puede violentarlo con el manejo indebido de su información. La terapia particular sin embargo, nunca se la ofrecieron en ningún centro y constituyó su propia exigencia a los adultos. Una vez encontrados dos referentes de confianza, su tránsito institucional cambió:

J1: *-(...) después estaba genial porque ahora tenía novio y era como que podía confiar también entonces era como dos personas ahora que podía confiar (...)*

Por otra parte, los educadores entrevistados manifestaron una distancia en la tarea respecto de los técnicos de los hogares y poco involucramiento de los últimos en el cotidiano del centro. Una psiquiatra analiza:

Q1: *-Es una tarea compleja la del educador, (...) es como el enfermero en la salud, es el que está en el choque permanente con él, con la emoción del chiquillín. Porque en realidad los técnicos por más que no, con... No están comprometidos...(...) Es distinta la tarea. El cotidiano es la más dura. Algún técnico puede ser que asuma el cotidiano, pero*

en general el técnico va y se sienta, mira sólo al chiquilín un rato, ¿no? (...) tenés la posibilidad de tomar otra distancia, eh, y creo que realmente es un lugar de trabajo con otro nivel de estrés y eso también influye.(...)

La relación educador-joven parece entonces constituirse como una de las principales y de las más reparadoras en los jóvenes.

J2: -Por un tema de que, es uno de los hogares donde me sentí más apoyado y donde marqué, ¿no? Una etapa importante de mi vida. Con el tema de los educadores, el seguimiento de los educadores (...) tenía mis recaídas, ¿no? Que la vida es una mierda, que no sé que, que pum...agarrar a piñas a la pared, no sé qué...me deprimía, altibajos... Y entre pito y flauta, entre manijaso y manijaso terminé ciclo básico. Porque yo sinceramente, yo no hubiera terminado ciclo básico sino estuvieran rompiéndome los cocos (Nombres de dos educadores)... -Dale, que vos sos inteligente, que esto, que lo otro, que aquello...este y ta. Y fue de los mejores hogares.

Aquí la reparación consiste en establecer la confianza con el cuerpo de educadores, para poder lograr crecimientos académicos, depositando capacidad y confianza en el joven. Esta perspectiva, debemos comprender que repercute directamente en términos de autonomía y de reparación subjetiva. Su puesto laboral actual, lo desarrolla en función de haber alcanzado el ciclo básico; y ello parece asociarse al vínculo establecido a la interna del centro y a la estimulación recibida a partir de los educadores.

Sin embargo, la confianza constituye algo difícil de alcanzar en estos adolescentes. Ellos desarrollan presentaciones que a veces generan rechazo y otras tantas se presentan agresivamente, donde el educador es quien tiene que tener la capacidad de lectura para desarrollar una estrategia de acercamiento. Los adolescentes entrevistados, se muestran desde su negatividad, ocasionando rechazo en el otro como modo de protegerse a sí, previendo un daño propio. Son las estrategias subjetivas y sociales que han encontrado para protegerse de las agresiones sociales vividas.

J2: -Yo me hago rechazar por todo el mundo. El que se queda, lo defiendo a muerte, y el que me acepta como soy, para mí, es un amigo de verdad. Pasa que claro, es complicado, en una sociedad manejarse así es imposible. (...) No le pido nada a nadie, sino te gusta date media vuelta...la vida es así lamentablemente. No espero ni busco nada de nadie. Al contrario, yo de la gente espero la peor mierda. En vez de esperar una gotita de mierda, espero un camión de mierda. Por más que yo piense esa persona es

buena, espero un camión de mierda. Y después que pasa, después me salpica una gotita y no es nada, es bueno. Como yo esperaba un camión...ya no es como antes, ¿viste?

El tema pareciera consistir en problematizar cómo debatir estas cuestiones a la interna de la institución. Sino se problematiza el rol educativo en estos centros, las reparaciones subjetivas de los jóvenes dependen de buenas voluntades personales, pero no como política educativa y social de protección. Y a su vez, debemos problematizarlo en el marco de la desconfianza institucional general analizada que analizamos anteriormente (Ver 2.1.1), y que continuaremos analizando en el punto 2.4 en relación al tratamiento psiquiátrico.

2.3 Sistema de atención en salud mental

En esta parte del análisis problematizamos el sistema de atención en salud mental que se ofrece para los jóvenes que están en centros de protección de tiempo completo a la actualidad, desde algunas perspectivas que emergieron significativas al presente estudio. Para comenzar, realizamos una exploración cuantitativa de los servicios de atención en salud mental institucionales relevados, entendiendo que éstos configuran una mirada parcial y relativa; pero que aporta a la contextualización del fenómeno de la atención psiquiátrica y permite enriquecer los planos que componen al fenómeno de análisis.

Al intentar relevar cuántos adolescentes que viven en hogares se encuentran bajo tratamiento psicológico (sea con una psicóloga de centro o de otro lugar), las respuestas resultaron llamativas. De diferentes centros, e incluso desde el servicio de enfermería de División Salud, respondieron que el 100% realizaban tratamiento con la psicóloga del centro. Este dato no solamente parece impreciso, sino que a partir de las entrevistas se desprendieron otras valoraciones. Si bien no hubieron entrevistas a psicólogos de hogares, a todos los actores entrevistados se les preguntó cual era la tarea de los técnicos en los centros. Las respuestas fueron cuando no ausentes, negativas. La amplia mayoría de los entrevistados desconoce su tarea, o se los asoció con la realización de informes, relacionándolo a un requisito burocrático de alguna gestión institucional -como por ejemplo del Poder Judicial-. De las entrevistas realizadas a educadores, surge que los psicólogos de los centros no parecieran formar un equipo de trabajo abocado a fortalecer el cotidiano o para pensar estrategias en conjunto.

De las entrevistas con los adolescentes además, este rol tampoco pareciera constituirse como una figura de particular confianza. De acuerdo a lo relevado, en la actualidad psicólogos de hogares obligan semanalmente a conversar a los adolescentes sobre sus sentimientos, definiéndose en

ello la posibilidad de tener salidas o poder ver a su familia los fines de semana. Haciendo referencia a un psicólogo:

J1: -(...) Que esto ahora hace unos meses del año pasado otra cosa que me tenía fue que te hacían entrevistas o sea siguen en el hogar y que tenías que hablar o hablar, o sea te quedabas sin salida. Entonces eso me re-molesta porque para, ¡yo no quiero hablar contigo!

Si esta fuera la explicación que redunde en un 100% de jóvenes atendidos psicológicamente, considero que tampoco constituye una intervención en salud mental sino un ejercicio de violencia disciplinar con los adolescentes. A todos los jóvenes entrevistados además, se les preguntó si se les ofreció otro tipo de intervención que pueda influir sobre su situación emocional (llámese psicológica, deportiva, recreativa, etc.), pero todos respondieron negativamente. Solamente una joven terminó manteniendo tratamiento psicológico a raíz de haberlo solicitado ella misma. Incluso, la forma de toma de conocimiento de lo que era un psicólogo, transcurrió de manera casual y no por ser explicitado o sugerido por algún representante adulto de la institución; a pesar de haberle ya previamente sugerido por varios educadores que comience a tomar psicofármacos para aminorar su angustia. Por todas estas razones, el porcentaje de adolescentes atendidos por psicólogos es cuestionado como dato, lo cual abre otras interrogantes acerca de las modalidades de intervención que actualmente desarrollan estos profesionales en los centros.

En segundo lugar, el Servicio de Atención Psicológica (en adelante SAP) que se encuentra en División Salud cuenta con 8 psicólogos, a pesar de que los actores entrevistados estiman precisar quince para poder cubrir la demanda que mantienen. Los hogares de protección de tiempo completo constituyen estimativamente entre un 30 y un 40% de su demanda total y generalmente mantienen una lista de espera de unos pocos meses. Según se relevó, los motivos de consulta más frecuentes se relacionan a problemas de conducta y vinculares, relacionado a expresiones agresivas. Las temáticas que asocian a dichos comportamientos, se vinculan a su situación de abandono y fragilidad psíquica. Se estimó además que los NNA que habitan en hogares generalmente ya se encuentran en tratamiento psiquiátrico cuando solicitan dicho servicio.

En tercer lugar, se accedió a una lista de pacientes internados en la clínica psiquiátrica "API Los Robles"⁴⁰, correspondiente a junio de 2014, donde se destaca: que sus causales remiten a situaciones de heteroagresividad o expresiones de ansiedad. De los hogares en Montevideo específicamente, existen 2 internaciones de las cuales 1 pertenece a un hogar de varones con

40 API "Los Robles", es la clínica privada con la cual el Instituto deriva prácticamente todas sus internaciones psiquiátricas infantiles.

privación de libertad, con causal de ingreso por heteroagresividad, y otra internación por autoagresividad en un hogar femenino. Esta división por género donde lo depresivo es vinculado a lo femenino, coincide con lo relevado a los jóvenes entrevistados.

A continuación, una descripción del porcentaje de consumo de psicofármacos discriminado por hogar, según División de INAU:

Nombre del Centro	Ttl. Adolesc.	Sexo	En trat. Psiq.	%
DIVISIÓN DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA				
Abiendo Caminos	11	Mixto	5	45,45%
Aguaribay	6	Mixto	4	66,67%
Andariegos	10	Masc.	8	80,00%
Aquellar	12	Masc.	9	75,00%
CEIF	17	Fem.	10	58,82%
Comunidad T. Capurro	17	Mixto	5	29,41%
El sueño del pibe	18	Masc.	10	55,55%
Reich Sintas	12	Masc.	3	30,00%
Tribal	45	Mixto	20	44,44%
Total centros oficiales	148		74	50,00%
DIVISIÓN CONVENIOS				
Paulina Luisi	13	Fem.	10	76,92%
San Vicente de Paul	8	Fem.	4	50,00%
Maruja Stirling de Cantonet	10	Masc.	4	40,00%
María Inmaculada	25	Fem.	3	12,00%
Total centros tercerizados	56		21	37,50%
Total Centros Montevideo:	204		95	46,60%

Del porcentaje de consumo de psicofármacos de los hogares relevados, se desprende lo siguiente: de 204 adolescentes relevados internados por protección en la modalidad de Tiempo Completo, distribuidos en 13 hogares, 95 están consumiendo psicofármacos regularmente. Esto constituye un 46,60% de adolescentes en tratamiento psiquiátrico. Quedaron fuera del relevamiento los centros de adolescentes Rumbos Nuevos, Girasoles y Azul y Verde⁴¹ pertenecientes a la División Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia, aguardando la

41 Pueden existir otros centros puntuales que mantengan algún adolescente aguardando traslado, como es el caso del Hogar Machado.

autorización escrita de los jefes institucionales correspondientes. Esta autorización, si bien siempre fue aceptada institucionalmente, no se concretó en la comunicación escrita a sus hogares y por tanto no se pudo indagar en su totalidad. De la División Convenios, se reservó los datos el Hogar Santísima Trinidad, por adjudicar experiencias previas negativas. Por lo tanto, cabe destacar que esta exploración cuantitativa ha generado algunas resistencias institucionales. De modo de ejemplo, existieron situaciones donde la gestión del centro brindaba un dato que luego era contrarrestado por otro operador de atención directa, obteniendo los niveles más altos en el porcentaje de jóvenes medicados. Esta ambigüedad denota las reticencias a indagar un tema que aparece por lo menos, riesgoso de exponer; por lo que podemos suponer que esta cifra del 46,6% constituye el mínimo consumo de psicofármacos existente en estos centros.

Separando los hogares oficiales de los tercerizados se destaca: se relevaron 4 de 5 hogares para adolescentes pertenecientes a la División Convenios. Si bien en esta agrupación se destaca el Hogar Paulina Luisi con un 77%, los centros promedialmente mantienen el 37,50% de los adolescentes en tratamiento psiquiátrico. En cambio, en los hogares oficiales se relevaron 9 de 12 centros, con un total de 148 adolescentes internados. De éstos, 74 se encuentran consumiendo psicofármacos prescritos, lo cual constituye un 50%. Dentro de los oficiales se destacan positivamente la Comunidad Terapéutica Capurro y Reich Sintas con un 30% aproximado cada uno, y como contrapunto Andariegos y Aquellar presentan 80% y 75% respectivamente. Cabe destacar que Aquellar es un centro que mantiene un funcionamiento a "Puerta Cerrada", lo cual asemeja su funcionamiento a una casi privación de libertad, en contraposición a otros centros que mantienen la libre circulación de sus adolescentes. Dentro de las apreciaciones, se destaca la diferencia significativa de porcentaje entre los hogares oficiales y los conveniados; y si bien los oficiales se mantienen por debajo de los hogares con medidas de seguridad -64% en 2010 según Acosta & Scharf (2014)-, en determinados centros esta cifra es superada ampliamente.

Respecto de los tipos de psicofármaco, se nominaron los siguientes⁴²: Antipsicóticos-Neurolépticos: Risperidona, Pipotiazina, Levomepromazina; Antipsicóticos: Haloperidol, Quetiapina; Antiepilépticos: Topiramato, Valproato de magnesio, Oxacarbazepina; Antidiscinésico: Biperideno; Antidepresivos: fluvoxamina, escitalopram; Ansiofítico: Clonazepam; Estabilizador del humor: DI-DPA; Neuroestimulante: Metilfenidato. Cabe destacar que éste último no parece tener un lugar destacado respecto de otros. Esto a su vez coincide con las investigaciones previas que indican que en situaciones de mayor vulneración económica, existen más probabilidades de ser prescrito con antipsicóticos y otros fármacos que únicamente con Metilfenidato (Angell, 2011b;

42 Clasificación según P. R. Vademécum Uruguay. Extraída de <http://uy.prvademecum.com/>.

Míguez Passada, 2012).

A continuación, se problematiza cuándo y en qué condiciones se demanda atención psiquiátrica y qué efectos genera la atención efectivamente recibida, indagando siempre la perspectiva de los jóvenes involucrados como informantes principales, junto a otros actores que complementan y triangulan su información. Para esto, se comienza describiendo a la consulta psiquiátrica, describiendo los motivos de consulta recibidos y el seguimiento que brinda el Instituto. A continuación, se reflexiona sobre el dispositivo específico del centro de protección de tiempo completo, y qué elementos de su cotidianidad generan una demanda de atención psiquiátrica. Por último, se analizan las posibles repercusiones en las subjetividades de los adolescentes, a partir de sus propios relatos y de las percepciones que los adultos que allí trabajan tienen de ellos.

2.3.1 Primeras intervenciones psiquiátricas

El Departamento de Psiquiatría de INAU tiene seis psiquiatras para todo Montevideo, distribuyéndose de la siguiente manera: un psiquiatra trabaja en DED, uno en Tribal (hogar de ingreso a la Institución) y otro último en Centro Cuatro (hogar de primera infancia). Todos ellos, más dos psiquiatras del Departamento de Adicciones, realizan policlínica en División Salud atendiendo a toda la población, generando un total aproximado de cincuenta y seis números al mes⁴³. Las guardias, eran realizadas por tres psiquiatras de los cuales uno está bajo licencia médica indeterminada, y una segunda que se encuentra en rehabilitación médica; lo cual genera solamente cuatro guardias al mes, que sumadas a otras tres que tienen, constituye un total de siete guardias más 56 números de policlínica al mes para toda la población de INAU.

Estos seis psiquiatras actuales se contrastan a los veintitrés psiquiatras que el instituto tenía previamente. Los últimos llamados abiertos para esta especialidad han quedado desiertos o con puestos vacantes. Según su jerarca, existe una gran oferta de otros puestos laborales mejor remunerados, además de contar con un “estigma” por la población con la que trabajan. Este escenario también produce que a la actualidad la institución mantiene pocos psiquiatras infantiles, generando una atención en psiquiatría por el único psiquiatra disponible en el momento que se solicita, independientemente de la edad del paciente. Por último, el Departamento de Psiquiatría de División Salud realiza a demanda, ateneos clínicos en el Complejo Hospitalario Pereira Rossell (en adelante CHPR) y en la clínica API para aquellos casos que les genera “ciertas dudas”.

Respecto de la distribución de psiquiatras en la institución, la jerarca fundamentó su decisión de situarlos en el DED y en Centro 4, para “abordar rápidamente” una situación de posible abandono

43 Dato extraído de entrevista realizada a Psiquiatra de División Salud.

y atender “la crisis” que ello supone. Si bien la necesidad de abordaje inmediato es necesaria, cabe preguntarse si el abordaje psiquiátrico es inminente ante una situación de abandono, o si esto constituye una forma de psiquiatrizar a estas situaciones familiares y vinculares de crisis.

-No podés esperar que pase una semana, diez días y el nene llegue al hogar. Tiene que haber un acompañamiento ahí, ¿no? (...) Ahí tiene que estar el dispositivo de salud mental trabajando fuerte.

Podemos inferir de este fragmento una analogía entre el dispositivo de salud mental y la atención psiquiátrica, para luego preguntarnos por el sentido de la psiquiatría como disciplina que aborda situaciones familiares de crisis y abandono. ¿No sería pertinente un trabajo fuerte de otras áreas sociales que trabajen en una perspectiva de red y vincular en pos del fortalecimiento familiar?

Por otra parte, respecto del servicio de atención psiquiátrica, los psiquiatras entrevistados reconocen la falta de personal y lo ineficiente de su funcionamiento, adhiriendo además la necesidad de una evaluación general que les devuelva cómo vienen funcionando y respondiendo.

Q2: - (...) una evaluación de cómo se está funcionando y qué se tendría que mejorar. Nosotros cuando entramos fue a apagar incendios. Ahora supuestamente va a haber otro llamado, pero...es difícil.

Esta situación pareciera afectar a la calidad de atención brindada. Los otros entrevistados relatan una consulta psiquiátrica con poco tiempo, lo que dificulta poder desarrollar una empatía con el joven para mantener un tipo de abordaje más terapéutico. Esta situación se expresa tanto en el servicio de policlínica como en las guardias.

E2: - (...) la mayoría de los psiquiatras, no todos, no, o sea, conversan muy poco con los gurises, en realidad no hay un trabajo más terapéutico y ese abordaje muchas veces tampoco se hace de INAU.

Los jóvenes, tampoco relatan sentir una contención emocional en la consulta psiquiátrica, sino que manifestaron con poco entendimiento sobre lo que les ocurre; generando poca comunicación y apertura sobre lo que sienten realmente. Un relato de su primer consulta psiquiátrica:

J2:-Ta, me dieron el pase a psiquiatra, fui al psiquiatra. Me dijo ¿qué le pasó? -¡Ah! le paso esto, esto, le dieron pase a esto, esto (porque fui con una educadora). Ah, ta, ta. Me miró, me dijo ¿qué te pasó?- Ta, le conté, viste cómo son los psiquiatras... (gesto de desgano)(...) te escucho por escuchar...porque el psiquiatra escucha 50mil cosas al día. Le chupa un huevo, vamos a ser realistas. Bueno, te voy a dar, como si tuvieras una

gripe, una Quetiapina. Vas a estar unos añitos tomando esto, esto te va a regular...todo el tema de la regulación. Viste que el pendejo.... Después la clásica: venía la educadora con la pastilliiitaaaaa. Vos conoces eso cómo es...

J1: -No, no porque no me llevaba bien con mi psiquiatra (...) Ella me decía que yo no necesitaba la medicación pero yo le decía que sí porque ta, habían pasado demasiadas cosas en el hogar y, como que no quería estar más ahí pero ta y justo había ido una compañera antes y no sé como salió el tema de mi vida de antes (...) y dijo que ta que lo que me había pasado no era nada, y que me fijara en las demás compañeras a ver que le había pasado a ellas que mi compañera que había salido anterior, la habían violado y cosas así y que...(...) Entonces me molestó muchísimo porque cada uno tiene su forma de vivir.(...) fue horrible, horrible. (...) O sea, era importante (...) y cómo que no, como que no contó, o sea...

La joven aquí pretendía justamente contar con alguien a quien confiarle lo que le pasaba. El mecanismo naturalizado pareciera ser el pedido de psicofármacos antes que cualquier otro tipo de solicitud terapéutica. A partir de una valoración profesional de que no precisaba una intervención con psicofármacos, tampoco parece haber procurado establecer otro tipo de encuadre terapéutico ni una derivación al SAP donde pueda encontrar lo que estaba precisando. Es un doble proceso: la angustia no-procesada por medio de un psicofármaco que la elimina y la imposibilidad institucional de visualizar otro tipo de terapéutica, ni en la misma consulta psiquiátrica ni con otro recurso profesional. Por último, cabe destacar que la solicitud del psicofármaco en relación a la angustia, la remite a las condiciones que se encuentra habitando en el hogar, aunque esto lo analizaremos más adelante (Ver 2.4).

Se visualizó por otra parte, situaciones donde explícitamente se pretende minimizar el poco conocimiento de los hogares por parte de los psiquiatras; e intentando disminuir la prescripción de psicofármacos, una gestión de un hogar intentó tener otro tipo de abordaje psiquiátrico para sus adolescentes:

G2:- (...) tener un psiquiatra de referencia, comprometerlo con atención, que conociera la dinámica del hogar, la población del hogar, la gente que trabajaba en el hogar, y que pudiera actuar en forma preventiva, que no siempre necesita medicación (...) hay un montón de otros recursos, actividades recreativas, actividades lúdicas, (...) los buenos médicos te los indican "no tomes antidepresivos, salí a correr, anda a tomar sol que te aumenta la serotonina, en vez de tanta Sertralina ¿entendés? (...) Y no el efecto

secundario que tiene la medicación (...) pero ese tipo de razonamiento yo no lo he visto. (...) Sobre el tema de la medicación psiquiátrica, yo creo que hay un uso (...) indiscriminado (...) creo que es una postura institucional, o sea, que se lleve adelante en cualquier institución en convenio u oficial, el abuso ¿no? es porque es parte de la política institucional, o sea, porque al chiquilín en ese estado tiene que ser medicado, punto. Hay que sosegarlo y disciplinarlo de alguna manera y lo único que nos queda es con la medicación y ese es como un discurso institucional, es un discurso al que apela y que se legitima desde la misma institución, a tal punto que se hace en las condiciones en que se hace ¿no? (...)

Esta percepción de un abuso en la prescripción de psicofármacos ha sido enunciada por prácticamente todos los entrevistados y se visualiza en el caso anterior relatado, en la naturalización sobre la práctica de medicar, invisibilizando el pedido de ayuda terapéutica.

E2:- A mí me ha pasado que llega el psiquiatra y te dice y, y bueno, que tiene, que te parece, es para internación, no es para...y, y, y, yo que sé! No sé, velo vos, no sé, supuestamente tenés como doce años de estudio para...(...) O sea, preguntame si querés cómo ha estado el gurí, qué le ha pasado, por qué lo llamaron, pero preguntarme a mí qué medicación, ¿entendés? O sigo, si después hay quien dice -No, mira que capaz con (Nombre de Fármaco), yo que sé para que duerma o ese tipo de cuestiones ya, alcanza, ¿entendés? Y claro, hay veces que en Diagnóstico pasaba que iba el psiquiatra a una atención y atendía, yo que sé, cuatro gurises, cinco gurises, seis gurises de una. ¿Entendés? Entonces era como tipo despacho. Vení, pim, pum, pam -qué te pasó, cómo te sentís, no podés dormir, pim, pam, toma, listo. Ese tipo de cuestiones que ta, que yo que sé, realmente es complicado.

Esta forma de atención, se relaciona incluso con la violencia disciplinar que supone prescribir psicofármacos sin hablar con el propio paciente. La consulta psiquiátrica parece constituir una herramienta naturalizada y realizada en condiciones precarias donde los psiquiatras parecen tomarse poco tiempo de consulta y poco tiempo de diálogo con los adolescentes. Como iremos desarrollando, esta herramienta es utilizada además como una respuesta institucional casi inmediata a cualquier desajuste emocional emergente, generalmente a los comportamientos derivados de la violencia. Las nominaciones más significativas que emplearon todos los adultos entrevistados fueron: violencia, incitación, agresividad, ansiedad, crisis de excitación psicomotriz (en adelante CEPM) y trastornos comportamentales. Sin embargo, existe un término utilizado coloquial y cotidianamente en la institución: *Descompensado*, para referirse a estas situaciones de

descontrol.

E3: -Un gurí que empieza a gritar, que empieza a patear, que se tira al piso, que capaz que eventualmente pateo una puerta, que le pega a una pared, no te da bola. Eso, básicamente eso ¿no? Bueno, ya si genera una situación más de violencia -que puede pasar también ¿no?- pero básicamente eso, que está descompensado que no... No te da bola, sube la escalera, baja, golpea puertas, se va, yo qué sé ¿no? Por ahí, no te hace caso, se va a la mierda, te putea ¿no? Eso, un gurí en estado de ansiedad, yo qué sé. Que lo puedes controlar con un psiquiatra o puedes tratar de controlarlo... Para mí es eso "descompensado". Es lo que aprendí en INAU, después en la vida real no tengo idea qué es "descompensado" (risas).

La descompensación parece ser un término que agrupa todas estas características, lo cual constituye motivo suficiente para solicitar un psiquiatra de guardia. En estas situaciones, las intervenciones se diagraman también en función de los recursos humanos disponibles en los hogares.

Q1: -Si vos por ejemplo tuviste una descompensación y estás solo en un turno vos no tenés otro mecanismo... Vos no podés sacar un gurí a caminar al campito, a conversar, a no sé qué. Porque ahí estás vos solo, esto es un ejemplo práctico de recursos humanos que favorecería.

La visión de los psiquiatras respecto de los hogares de amparo, a diferencia por ejemplo de los hogares con medidas de seguridad, es que las consultas psiquiátricas se producen por una reacción sintomatológica y no por algún trastorno de tipo etiológico. Es decir, podemos atribuir a esta "descompensación" una asociación mayor a la misma situación de internación que a una patología psíquica previamente definida.

Q1: -Entonces ya esas cosas, esa sintomatología, todo el viraje emocional que hace puede ser adaptativo. Y después muchas veces al tiempo los ves, cómo...con el tiempo hacen el duelo. Mucha sintomatología depresiva no es depresiva, es de duelo, y bueno quizás a los 3 meses, 4, y después chocas con otra cosa: muchos de los hogares son de ingreso, por lo cual después a los 3 -4 meses, después termina otra derivación. O cuando venía sacado por la educadora. Son muchos ingresos, entonces terminás...

En este caso, la intervención farmacológica se produce por una sintomatología de duelo, producto de su separación familiar, y asociado al traslado permanente que tienen los hogares. Es

interesante puntualizar que ante este escenario, no hubo ninguna asociación a que quizás otro tipo de terapéutica fuera posible.

Desde la perspectiva de los adolescentes, el motivo de consulta también está relacionado a la violencia: sino te podes controlar, rompes cosas, gritas, insultas y sino tenés control de impulsos.

J3: -Los funcionarios lo intentan controlar, le dan pastillas, y sino le llaman al médico. Para que le dé un pinchazo.

La intervención con psicofármacos en comprimidos aquí resulta preventiva de un pinchazo en el servicio de guardia psiquiátrica. Tampoco para ellos, existió otro tipo de demanda relatada que operara en paralelo al psicofármaco. Incluso, los tres adolescentes entrevistados fueron “invitados” a tomar psicofármacos en el primer centro en el que estuvieron, por distintas circunstancias y por el educador que estaba en el turno. Si bien la medicación no la brindan ellos, les anunciaron que iban a pedir medicación por medio del psiquiatra. Mientras que los dos varones entrevistados fueron por episodios de heteroagresividad, la mujer fue por una presentación depresiva: por llorar en las noches apenas había ingresado al sistema hogares, por ser separada de su núcleo familiar.

J3: -Claro, sino te dan es porque te podes controlar y eso...(....) llegar al extremo de romper las cosas, de gritar de insultar (...)

-Y a vos nunca te dio por descontrolarte?

-Si, una vuelta nomas. Pero fue porque me metieron con la cabeza al agua fría. Con un funcionario (...) Fue por un problema jugando al fútbol, y no me daban bola porque yo era más chico, y entré a pegarle...no me acuerdo a quién le pegué, a un compañero fue, y ta. Me agarraron y me metieron. (...) Pal agua fría. En la ducha, para que me tranquilice. (...) Y nada...te imaginas. Que me iba a controlar así...(....) Después salí y eso y me tranquilicé.

-Y no te llamaron al psiquiatra?

-No, me decían que me iban a llamar pero ta...yo ya me había tranquilizado y no me llamaron nada.

Las categorías de conducta y control, obtuvieron aquí una forma de abordaje que consistió en brindar un acto de mayor agresividad (en tanto llevar a la fuerza a la ducha fría), donde el joven debería reconocer la autoridad de quién lo lleva. Si ello no era posible, el procedimiento indicaría un psiquiatra, remitiendo a motivos de salud mental del joven; aunque como reconoció el límite del otro, pudo evitar la consulta.

J2: *-¡Pah! ¡El tema de la medicación! La primera vez que tomé medicación fue cuando me agarré a las piñas en (nombre hogar). Que me descontrolé y quería asesinarlo al guacho. Y un educador me quiso parar y después lo quise matar a él. Pero literal, estaba enceguecido en bronca. (...) Y mucho quilombo, yo veía que habían pasado las fiestas... Todos se iban para la casa, la gran mayoría. Yo estaba empeinado en esa como que no, que de ninguna manera, y me venían a acomodar la licencia para que me fuera para mi casa...pero en cierto modo te daba después cuando todos se iban cierta cosa. Aparecía tu cumpleaños, cri-cri...este....Cosas así. Bobadas, son estupideces...*

En esta situación se visualiza para comenzar, un nivel de introspección que posibilita el trabajo en relación a su propia historia. Desconociendo si ese nivel de reflexión estaba presente en ese momento, no parece haber indicadores de abordar la situación desde otros lugares. Constituye la capacidad emocional del joven lo que le da la fortaleza o no de sostener toda la angustia sin desbordes, para no necesitar de un *otro* (que generalmente resulta ser un psicofármaco) que le brinde esa contención.

J2: *-Sí, pero yo siempre sentí que mis impulsos eran perfectamente controlables. Pero lógicamente, estaba pasando una situación que de repente no necesitaba una medicación, necesitaba otra cosa, afecto (...)*

2.3.2 Seguimientos posibles

Una psiquiatra nos explica sobre el desconocimiento del que se parte un tratamiento psiquiátrico con la mayoría de los NNA internados en hogares. Sin antecedentes etiológicos, se debieran prescribir psicofármacos con extremo cuidado.

Q2: *-Si ese cerebro está en su concepción la madre fue adicta, hubo desnutrición, después del nacimiento hubieron diarreas con deshidratación, traumatismos, (por no decir grandes cosas, ¿ta?) maltratos, que ya te alteran toda la parte de la sinapsis. (...) Por algo están, ¿no? Entonces esos cerebritos no tienen lo mismo que un cerebro que no sufrió agravios. Entonces tenemos que ser cuidadosos porque la mayoría de los (viste la risperidona) (...) bajan el umbral convulsivo. Por lo tanto si vos tenés antecedentes de convulsiones, que se desconocen cuando el niño viene, que aparte no lo sabés si estuvo internado con convulsiones febriles antes de los dos años y que va a saber...*

Una vez medicado, para continuar su tratamiento, existe una “Pauta de Crónicos” que en la práctica se otorga a todos los NNA que consumen psicofármacos a partir de una consulta

psiquiátrica en policlínica. Ésta, le permite retirar la medicación indicada durante 3 meses sin asistir a una nueva consulta. De esta forma, al relevar la cantidad de psicofármacos prescritos en los hogares que cuentan con servicio de enfermería, la totalidad de jóvenes indicaba que se encontraba bajo “tratamiento psiquiátrico”, legitimado por la sola existencia de la “Pauta de Crónicos”, pero sin contar con un registro de la asistencia a las consultas psiquiátricas.

Analicemos su funcionamiento actual por partes. En primer lugar, ¿quiénes los acompañan a la consulta? Siempre parecen ser los educadores, pero las características de cuáles educadores son elegidos despiertan algunas interrogantes.

E2: -Capaz que el común denominador era así porque no había, obviamente no había referencia con los gurises y (...) muchas veces pasaba que, quienes acompañaban a los gurises eran quien no podía sostener al cotidiano, o los que no podían, entendés?

En otro centro relevado, se procuraba trabajar con la modalidad educativa de Referente-Referido, lo cual implica que un educador conozca la globalidad de la situación de un adolescente.

E3: -Iba quien estuviera de turno, lo cual implicaba que no tengas el conocimiento del chiquilín como sí lo tenía el referente, obviamente. A mí me pasó de tener que acompañar, no me acuerdo a quién, y con el gurí... No tenía ni idea, yo qué sé. (...) y ahí medio que lidié con la psiquiatra, me hacía preguntas y yo no tenía mucha idea en qué decir, pero... Es eso. Si hay referente, referente. Si no, quien esté en el turno (...).

La cantidad de números de policlínica disponibles al mes para la atención psiquiátrica (Ver 2.3), sumada a la falta de personal existente en los centros, produce una calidad de seguimiento institucional que lo resume la siguiente psiquiatra:

Q2: -(...) ¿Entonces, qué haces? Cuando recién instauras la medicación, puede ser que le des un número 0. Tampoco hacen efecto los neurolépticos a los 15 o 20 días de la situación; los ISRS a los 21 días. Después a eso le agregas que está el sistema de la pauta de crónicos, donde vos das la medicación. Eso hace que se descansen muchas veces el hogar, por una falta también de personal, de disponibilidad de camionetas, la gente del interior, entonces ya se descansan y no terminan haciendo el control. Entonces claro, es poco gratificante. Después te vienen y te dicen: no, pero está mal medicado. ¡Pero hace 3 meses que no lo ves! Si hubieses venido al mes, ajustabas la medicación.
-Cuándo van, van con un educador referente que pueda dar cuenta del chico?
-No siempre es el referente. Muchas veces te encontrás con: -ah, yo no sé porque justo estaba de licencia...justo me tocó el cuatro...no sé qué. Porque vos estas... (imita con

tono irónico). A veces no saben ni el nombre, pasa. Solamente aquellos niños que hace muchos años que están...entonces esos si.

El seguimiento que mantienen los adolescentes parece ser poco frecuente y frustrante para todas las partes: el psiquiatra no tiene la devolución del centro que precisaría, el centro no tiene los recursos para acompañar, y el tiempo de consulta es sumamente breve. Algunas veces, el centro queda también insatisfecho por los efectos generados en los usuarios. Ahora bien, el seguimiento también está relacionado con la forma de registro y con cómo circula la información entre los educadores en el hogar, para poder dar cuenta de los adolescentes con los cuales trabajan. Si retomamos los análisis realizados en el punto previo en relación a la falta de registro escrito personalizado de los adolescentes, pero ahora abocados a la atención en salud mental, devienen los siguientes relatos desde la gestión de los centros, con un psiquiatra de guardia:

G2: -(...) Yo primer día, "¿Cómo se llama? -No sé" me levanto y digo: espere un momentito. (...) Voy a buscar la carpeta y cuando abro la carpeta adentro de la carpeta de esta niña no había nada, no había nada que dijera que había estado internada hace 15 días, (...) yo buscaba algún documento, un alta, algo del hospital. (...) Algo para darle al doctor que pudiera decidir, yo no sé nada, pero acá dice que estuvo tantos días por tantas cosas. (...) Qué medicación toma, yo buscaba y no encontraba. -"ah" dice uno, (...) porque él la quería mucho a (nombre) y estaba muy cerca de ella, entonces él tenía anotada la medicación en su celular, no había registro. (...) ¿qué pasaba? cada pastilla tiene un gramaje. (...)¿De cuál estamos hablando? (...) ¿No te acordás? (...) El asunto era que tomaba... Ellos te decían "toma medio comprimido -medio comprimido ¿de cuánto? Medio". Medio de 100, medio de 200, medio de 50, contame, ¿De cuánto? (...) -medio de la blanca -¿y de este otro? -de este otro un cuarto" no me acuerdo qué otro remedio que era chiquitito, chiquitito como una gragea (...) Si tú lo miras no viene ranurado para que sea fraccionado, es la dosis mínima, entonces ¿qué pasaba? esa que le habían dado era de 25 miligramos, y la gurisa estaba tomando un cuarto de otro que era de 100. Pero ¿qué pasó? cuando le cambiaron la caja y le dieron de 25 se lo partían en 4.

El seguimiento pareciera realizarse en función de la formación de su personal encargado de su suministro, de las gestiones de los centros y del tipo de registro asociado al vínculo personal, más que a una forma profesionalizada de trabajo. Resta preguntarse si el psiquiatra que visualiza esta irregularidad no debe "enunciar" institucionalmente donde corresponda, para que puedan garantizarle a los adolescentes un tratamiento psiquiátrico responsable, pero estas "emergencias" parecieran formar parte del desarrollo cotidiano en los hogares. Ante estas carencias

institucionales enunciadas, las irregularidades parecieran quedar todas comprendidas dentro del enunciado de la “falta de personal”, minimizando la calidad de atención debida en pos de las condiciones laborales existentes.

Como segundo aspecto distintivo de su seguimiento, tampoco parece haber una costumbre o política de realizar interconsultas entre los técnicos que atienden a la salud mental. A pesar de haber manifestado desde la gestión de División Salud que es pertinente la interconsulta entre los profesionales para una atención integral, no aparecieron en las gestiones relevadas ninguna coordinación realizada. A modo de ejemplo, se está creando actualmente algo como una “policlínica del adolescente”, donde el joven pueda presentarse en División Salud y plantear cualquier situación con una enfermera que lo recibe. Sin embargo, su abordaje global no contempla la participación de psicólogos, a excepción de una invitada como sexóloga que es asociada a la anticoncepción:

Q1: - La idea es, que se pueda dar una mirada integral a la situación para poder dar una respuesta. En esa mirada integral va a estar, están armando, un consultorio de odontólogo (...) Está la sexóloga que es psicóloga, tenemos setenta y cinco mil condones para repartir, (...) Y se reúnen una vez por semana el equipo para bueno, compartir situaciones y, y problemáticas. Del equipo forma parte también una nutricionista, está la sexóloga, el ginecólogo, ¿sí? La idea es, bueno, los odontólogos, los médicos generales, todavía nos faltan psiquiatras pero bueno van a entrar (...).

En primer lugar, de las entrevistas se desprende un imaginario de que el psicólogo está únicamente formado para la atención en consultorio individual y por tanto, con poca capacidad de trabajo en equipo. Esto se fundamenta también desde los hogares cuando se manifiesta que participan poco o nada en las reuniones de equipo y con poco intercambio con el cuerpo de educadores, sin involucramiento en el cotidiano del centro.

Q1:- En el médico es muy difícil, creo que el psicólogo también, porque la formación en la academia de la universidad te forma para el consultorio y para la privacidad de la tarea, es mucho más difícil que te forma para esto de trabajar en grupo. (...)

Ahora bien, para los psicólogos entrevistados, la solicitud recibida a su campo desde la psiquiatría se remite a indicaciones o mediciones puntuales, pero no parece ser convocado como un profesional calificado para dialogar sobre una terapéutica posible para un NNA.

Q2:- No pido psicodiagnóstico, pido psicométrico para poder acceder a la pensión por incapacidad. Un beneficio social, ¿ta? Esta en la línea de espera, no se puede, porque no

atiende...además siempre la pregunta que nos hacemos es: ¿Con quién trabaja el Departamento de Psicología? Nosotros tendríamos que ser la fuente de derivación: no tendría que ser el educador que quiere atender a un chico con un psicólogo o con un director. Que de hecho, tampoco es así. Entonces, nunca tuvimos reuniones con ellos.

Al preguntar entonces sobre las coordinaciones realizadas desde el Departamento de Psicología con el psiquiatra tratante, tampoco parecen existir.

P1: -Ahí hay dificultades institucionales, ¿no? En, de, los, por lo menos ya hace un tiempo (...) hay pocos psiquiatras para muchos chiquilines, y, los psiquiatras hacen muy una cuestión de una vez cada tanto para repetir la medicación rápidamente, a ver si le cambiamos o no la medicación...eso es como, eso es lo más común. Entonces se hace difícil salvo situaciones puntuales, la coordinación con el psiquiatra. Yo encuentro mucho más fácil (...) buscar al equipo de, al educador, al psicólogo, al equipo de, de donde va el chiquilín, o, el, donde de pertenencia digamos que el psiquiatra, capaz que ahora que lo pienso me falta más...

Inv- ¿Y qué los psiquiatras se hayan contactado al SAP?

P1 -Mira no, no es muy común. Si, esto de cuando van a la consulta porque a nosotros no, nos hacen un papelito: "Pase al Psicólogo", pero con esa modalidad bien médica,(...) Entonces, pasaba que el chiquilín no venía nunca. (...) El chiquilín no viene, el equipo no se apropiaba de esa situación, era algo externo al equipo muchas veces porque había sido un pedido del psiquiatra.

Tampoco parece gestionarse desde los lugares jerárquicos una coordinación entre departamentos que permita exponer y trabajar sobre las diferentes perspectivas. El pase al psicólogo relatado, tampoco redundaría en construir un diálogo que potencie las posibilidades terapéuticas para los NNA sin sobre-intervenir y procurando minimizar el consumo de psicofármacos que presente. De esta manera, diferentes lógicas parecieran operar sin trazar espacios institucionales de diálogo entre las disciplinas.

En relación a la coordinación con el psicólogo del hogar, tampoco aparece por parte de la psiquiatría como un referente de acompañamiento en su tratamiento psiquiátrico. Incluso, es relatado desde su ausencia en este tipo de trabajo y decisiones. En tanto no interpela, ni parece aportar o discutir, ni propone otras terapéuticas, podríamos afirmar que avala dicha intervención realizada en esas condiciones. Resta entonces para otros estudios, problematizar si el rol del psicólogo en el hogar no es visualizado como un rol donde tampoco se interviene

institucionalmente sino únicamente sobre el joven-problema. En este sentido, el psicólogo no tendría un lugar “válido” para poder problematizar junto al cuerpo de educadores y de psiquiatras las posibles intervenciones con los adolescentes en el cotidiano del centro desde una perspectiva institucional. Por tanto, pareciera operar una poca coordinación fundada en un imaginario de poca valoración sobre la tarea del otro. Mientras que los psiquiatras relevados enunciaron dudar de la eficiencia o de las intervenciones realizadas por parte de los psicólogos, los psicólogos asumen un poco conocimiento de los psiquiatras sobre sus pacientes. Este punto, se relaciona a la desconfianza analizada en el punto 2.1.1 en relación a los hogares, que ahora puede pensarse extrapolada al campo de la atención en salud mental.

De acuerdo a lo relevado hasta el momento, si bien los educadores no parecen depositar una confianza en el criterio del psiquiatra, tampoco sienten tener una formación que pueda dar cuenta del estado de salud mental del joven, ni parece haber espacio institucional legitimado donde puedan enunciar o intercambiar sus pareceres. Desde la dinámica cotidiana de los centros, tampoco parecieran priorizar un seguimiento acorde de la consulta psiquiátrica, tanto en la elección del acompañante de su consulta, ni en su frecuencia. Visualizamos también la poca comunicación existente entre los psiquiatras y psicólogos de la institución. Los adolescentes además, relataron en las entrevistas cómo el llamar al psiquiatra de guardia está relacionado a una imposibilidad del educador para contener al joven, como forma de control cuando el educador por sí solo no lo logra. En consecuencia, podemos deducir que la desconfianza analizada en el punto 1.3 del análisis a la interna de los hogares, parece también remitirse a otros ámbitos institucionales. Los psiquiatras además, responden a los llamados interviniendo desde otra desconfianza, de su propia intervención y del informante que tienen enfrente.

Q2:- Acá, yo siempre digo lo mismo: tenés al educador como único informante desbordado. El niño no puede aportar datos y encima la historia está cortada. Porque muchas veces carecen, vienen con una orden judicial, vos desconoces los antecedentes ginecostétricos y personales, entonces es difícil. Lo que se nos complica, que yo se lo explico a los educadores, se te complica por ejemplo la indicación en la medicación. Los psicofármacos actúan a nivel de cerebro, ta? Vos tenés que tener un cerebro indemne para que eso actúe (...)

Inv -¿Por qué decís que el niño no puede aportar datos?

Q2- Y el niño porque generalmente los trastornos de comportamiento son atribuidos externos. Nunca te van a decir que se portan mal, que tienen dificultad en el vínculo; a ellos los pelean, les hacen las cosas. No es objetivo. Y quizás también por idiosincracia que tendemos a no darle voz al niño. Sin quererlo, entramos todos en el mismo sistema.

Con vigencia aún de intervenciones que presentan vestigios del paradigma tutelar, estos jóvenes no son dignos ni portavoces de sus propias historias, de sus propios malestares y por tanto son evaluados a partir de otros que sí pueden dar cuenta de ellos: los educadores. Educadores que además, todos perciben que son pocos, que mantienen poca formación en el tema y que se encuentran desbordados en sus tareas, por lo que tampoco se consideran como informantes confiables. Y si bien el psiquiatra tampoco considera al educador como un informante “objetivo”, entre ambas subjetividades, la del adulto parece primar por sobre la del joven.

Q2: -Para que te hagas una idea, (...) las supuestas descompensaciones, era por un tema a ver...si, había crisis de excitación, digo ta. Pero más de una oportunidad: no, porque le contaron que la abuela estaba internada, se deprimió y ta. Pero eso no es labor de psiquiatra, eso es la contención que tiene que brindar el educador! Entonces yo creo que no están definidas las funciones, entonces al no tener definidas las funciones, no tenés definidas las responsabilidades.

Inv- Y en esas situaciones, ¿qué haces? ¿Terminas dando alguna medicación para aminorar la situación?

Q2 - No, no, no. Y quizás un ansiolítico, algo mínimo porque también es eso: el tema que vos chocas, chocas. (...) Entonces el tema de accesibilidad, cuando nosotros llegamos a la supuesta urgencia, a la guardia, ya se extinguió “la supuesta” crisis de excitación. El tema es que yo creo que hay un descreimiento del personal, de sus capacidades. Entonces se creen que no pueden contener una angustia. Que no pueden contener una exaltación. No te digo una crisis psicomotriz severa, pero una exaltación, una contención física, a ver: ni física, con la palabra. Como se sabe que está este recurso, sé mal usa y no es eficaz. Entonces estas llegando a la hora y media con suerte (...) entonces realmente si vos haces una evaluación de calidad de servicio, es horrible. Es horrible, es horrible (...) son una papa caliente. Yo creo que angustia mucho al educador, lo angustia muchísimo, (...) en el caso del amparo, creo que también el aspecto humano y las historias personales y bueno, yo no puedo contener a un niño que se angustia.

Todos los entrevistados parecen acordar en el uso indiscriminado que se realiza del servicio psiquiátrico, pero ante la duda y la angustia que supone contener historias de vida de estos adolescentes, el educador suele solicitar su servicio y el psiquiatra ante la falta de certezas, responde prescribiendo algún psicofármaco. Todas las entrevistas parecieran indicar una medicación “preventiva” realizada en la primer consulta-llamada. Existen incluso psiquiatras reconocidos institucionalmente por la cantidad de fármacos que les brindan a los jóvenes, los

cuales son llamados y demandados desde el interior de los hogares.

G2: -Cuando llega el psiquiatra, es un psiquiatra muy particular, dueño de todas las pastillas porque antes de hablar ya te va dando el pastillero ¿no? pide un vaso de agua - yo ya lo conozco- ¿ta? Yo calladita (...)

Sin embargo, los educadores no parecen quedar satisfechos con la atención brindada, ni el psiquiatra con el relato del educador, ni con el relato del adolescente. El joven como vimos, tampoco se siente escuchado. ¿Qué calidad de atención en salud mental integral es posible en estas condiciones?

2.4 Psicofármacos en los hogares de protección

Cabe destacar que todos los entrevistados relacionaron automáticamente la demanda de atención psiquiátrica a alguna característica del funcionamiento cotidiano de los hogares de amparo. Desde los distintos roles entrevistados, las visiones parecen encontrarse y acuerdan que es un fenómeno que podría minimizarse de trabajar de otra manera al interior de los hogares. Comenzaremos partiendo de la asociación entre demanda por situaciones relacionadas a la expresión de la violencia, para ir posteriormente desglosando diversos planos que lo componen.

E2: -El común denominador cuando se llama a psiquiatra son aquellos gurises con, (...) más dificultades, por ejemplo para sostener un cotidiano, (...) para, no... No sé si la palabra es obedecer, pero para obedecer (la) pauta de un adulto o de alguna forma que no, yo que sé. O gurises que les cuesta dormir o (...) gurises que son más inquietos, ¿entendés? Ese tipo de cuestiones se solucionan con el psiquiatra, que aparte, (...) yo nunca vi, o sea, los puede tranquilizar un poco pero, yo que sé, o, que puedan tener algún tipo de patología, pero eso obviamente no lo definimos nosotros.

E3: -Yo creo que la medicación funciona como un somnífero para tener a los gurises tranquilos. (...) yo creo que el 90% de los casos era por ansiedad. No sé, 90, 80, 72, no tengo ni idea, pero digo, era por ansiedad, pero (...) no sé, era más necesidad del adulto o de la institución que del gurí mismo. A ver, yo creo que hay casos que lo precisan no hay duda.

La dificultad de sostener la cotidianeidad del centro por expresiones de ansiedad, parece constituir uno de los principales motivos de consulta. Aunque como explicitamos al comienzo de este capítulo, la rutina en los hogares de protección comprende la existencia de varios momentos ociosos durante el día. Estos momentos, mantienen pocas propuestas educativas o recreativas y

son realizadas en excepcionales condiciones (Ver 2.1). Por lo tanto, si bien la demanda de atención psiquiátrica es esperable para un joven que demuestre determinado monto de ansiedad y de poca tolerancia al cotidiano, la intervención consecuente no puede limitarse únicamente al joven, sino a la atención de todo el cotidiano.

Q1:-*Yo creo que la violencia tiene que ver con, y acá sí creo, con la falta de posibilidades dentro del hogar, del manejo de la violencia muchas veces, ¿no? El hogar se paraliza, no hay personal suficiente, eh, hay mucho miedo a la intervención a veces policial, que a veces es necesaria. En situación de motín, decís, bueno, ¿no? Este, nada, si son diez... Yo me acuerdo, en qué hogar fue, yo no sé en qué hogar fue (...) Después que llegaste a la violencia...(...) Cuando llegaste ahí, ya no hay estrategia que funcione que no sea violencia, no, no. Yo estoy convencida, cuando se llega a éste descontrol, hay que llamar a la policía, hay que llamar a la autoridad hasta que alguien dice se terminó. Pero para eso hay que tener personal preparado y técnicos.(...) Y yo estoy convencida de que muchas de las explosiones éstas las evitas, ¿no?*

El suceso que denominaron “motín⁴⁴”, culminó con presencia de psiquiatra, de la policía y de varias autoridades institucionales en el hogar. Si bien la psiquiatra plantea otra alternativa para frenar la expresión de violencia, lo hace mediante un acto de mayor violencia: la presencia policial. Esta forma de abordaje responde a la emergencia del suceso, y es similar a la explicitada con la escena relatada en el punto 2.3.1 -donde llevan al joven a la ducha a la fuerza- en menor escala. El freno de la agresividad con otro acto más agresivo puede ser efectivo para ello, pero no puede constituir la totalidad de la intervención. De alguna manera, en INAU parece intervenir fundamentalmente por otro acto de mayor autoridad: léase la policía, un cuerpo más grande que lo meta en la ducha fría, o en su defecto, los psicofármacos. Aún resta preguntarse acerca del proceso que lleva al hogar a ese nivel de violencia y esa pregunta parece quedar fuera de cuadro en un panorama que interviene sobre la emergencia. En el mencionado caso del *motín*, una semana antes uno de esos jóvenes había sido violado sexualmente por otro adolescente del hogar. Esta escena fue omitida de la intervención, y en ese sentido la violencia se incrementó en la víctima, quien termina una semana después incitando este suceso. La respuesta institucional a esta “descompensación”, fue finalmente otro acto de mayor autoridad: la internación psiquiátrica para el joven víctima del abuso sexual. Sin descartar que llegado a ese extremo la intervención psiquiátrica pueda ser necesaria, el cuestionamiento radica en que parece ser prácticamente la única intervención instituida ante estos desajustes.

44 El motín aquí es utilizado como otra analogía institucional existente entre el amparo y la privación de libertad. Para un análisis de este punto, ver análisis 2.1.2

En segundo lugar, el control buscado para el manejo de estas situaciones parece estar relacionado a la forma de puesta de límites y al manejo de la autoridad del rol del educador. Vimos en la primera parte del análisis (Ver 2.1), cómo la forma de puesta de límites ha ido cambiando y continúa en una tensión entre los paradigmas de infancia aún vigentes. La medicación con psicofármacos en este cambio de paradigma, también juega un rol distinto operando como una nueva puesta de límites consumible y diluible en la subjetividad de nuestros jóvenes (Preciado, 2013). En consonancia a estos planteos, algunos actores pertenecientes al paradigma tutelar resuelven no utilizar psicofármacos, desafiando la creencia de su necesidad y asociándolo únicamente como un método de puesta de límites contemporáneo.

En este sentido, se analiza a continuación cómo sugiere una psiquiatra reaccionar ante un acto agresivo de un joven, proponiendo que la respuesta del adulto debe contemplar la reflexión del acto educativo en cuestión y no cómo respuesta inmediata ante el *amor propio dañado* del educador. Para lograr esto, es necesario formación, un trabajo de cuidado de sí y un tiempo reflexivo.

Q1: *-Podemos pensar, porque además está ésta cuestión de miedo a perder la autoridad o miedo a perder el respeto y entonces yo tengo que tener siempre la última palabra, ¿no? Te dije que hagas tal cosa, no hago nada y la sigo. No... Si yo sé que la chiquilina se está descompensando (...). La conozco, es una discusión en la que no tengo que entrar, ¿no? Yo no voy a perder la autoridad porque yo le diga, bueno, mi amor, es tu decisión, (...) Me preocupa que hagas algo que te va a hacer mal...Si yo puedo mantenerme en esa postura, yo voy a evitar el descontrol del otro lado. (...) aunque por dentro estoy pensando: guacha de mierda, te quiero matar, ¿no? Pero bueno, tengo que poder no ser reactivo frente al enojo del otro. Y para eso me tengo que entrenar, el educador tiene que entrenarse en trabajar en éstas cosas. Y no está entrenado.*

Sin la necesaria preparación para estos aspectos ni un acompañamiento en el hogar que pueda mediar una discusión muchas veces bipartita, en la cotidianeidad de los hogares culmina operando la amenaza del llamado a la guardia psiquiátrica como un tercero que viene a poner freno a la escena. Esta amenaza es explícita para los jóvenes que no acepten la puesta de límites verbal y esto en muchas ocasiones parece constituir una lucha de poder por encima del acto educativo en sí. Si bien el uso del físico como puesta de límites está prohibido, la autoridad psiquiátrica y el fármaco parecen ocupar el lugar de ese otro cuerpo que viene a frenar al cuerpo violento. Los jóvenes, principales protagonistas, han relatado esas escenas:

J1: *-Es lo que siempre se dijo, si seguís así te voy a llamar al psiquiatra que te venga a*

pinchar, para que te tranquilices y bueno creo que era así si... Cuando estabas como sacada como haciendo las cosas mal. Cómo no sé, queriendo escaparte o rompiendo algo.

Otro joven, incluso discrimina entre distintas modalidades de educadores ante lo instalado de la amenaza de llamar al psiquiatra:

J2: -¿Te acordás de (educadora)? X era muy de -¡Te llamo al psiquiatra! Por eso todo el mundo también la odiaba...era buenísima igual, pero ta. Pero era muy de amenazar con eso. Pero mira que era re- buena, era una mina re- tratable. Pero nosotros le hacíamos la vida imposible por eso mismo. (...) Los quilombos más grandes eran cuando ella estaba, por eso mismo. Y mira que la tipa era buena. Pero en esa amenaza de llamo-no llamo. (...) eso genera fricción. Y la fricción termina en caos. Dos móviles, los gurises se suben a la azotea, tiran piedras, eso.

Los adolescentes a cambio, también utilizan esta situación como forma de tensionar a algún educador determinado.

J2: -Yo soy un chanta, un calculador. Incitaba que me llamaran al psiquiatra, cuando me llamaban al psiquiatra, me calmaba, hablaba con él. Era cualquiera (se ríe), hacía que se moleste el trabajo, aparte de repente destrozaba todo. Yo sabía que iban a llamar al psiquiatra, pero no iba a seguir en la misma como los otros gurises para que me pincharan. Las bolas. Le rompía todo y eso los dejaba con más bronca a los educadores que son ratas; ratas, ¿viste? Que son mala gente.

En este relato aparece, además de la amenaza y la lucha de poder en la llamada al psiquiatra, el tipo de vínculo que establece el educador con el joven. El adolescente que llega a conocer el sistema por permanecer durante algún tiempo en los hogares, lo utiliza a su favor para conseguir lo que quiere. Además, esta lucha sostiene implícitamente, que aquel educador que llama constantemente al servicio de guardia psiquiátrica, es cuestionado por la autoridad del centro: el director. Esta información, podríamos incluirla como parte del currículum oculto de estos dispositivos (Giroux, 1997). De todas maneras, no todos los adolescentes cuentan con ese nivel de autocontrol y de planificación en su estrategia. Por ello ocurre frecuentemente que NNA que comienzan esa misma lucha, aumentan su nivel de excitación y agresividad, pero posteriormente no pueden contener el nivel de agresión consecuente y por tanto a la llegada del psiquiatra sí amerita una intervención farmacológica.

Ahora bien, si el cuestionamiento al interior del hogar se produce ante lo frecuente de la llamada al psiquiatra, es porque en algún plano no explícito, todos los actores parecen manejar que esta solicitud no se relaciona únicamente al estado mental del joven, sino que incluye la cotidianeidad, la modalidad de trabajo, los recursos subjetivos con los que cuenta el educador de turno y el tipo de vínculo que establece con los adolescentes. Asombra sin embargo que todos parecen comprenderlo, y aún manifestándose en contra, el engranaje continúa funcionando sin grandes cuestionamientos formales al sistema. Quizás esto remita también a que si el educador llama y el psiquiatra prescribe psicofármacos, el director de centro pierde la legitimidad para cuestionar al educador; ya que por defecto está cuestionando al mismo saber psiquiátrico, y para ello no cuenta con la necesaria legitimidad disciplinar.

En segundo lugar, la formación y cantidad de personal en los centros parecen ser visualizados como insuficientes para poder diseñar estrategias de abordaje diversas con las angustias y las “descompensaciones” de los adolescentes. Los psiquiatras relatan en sus guardias, dificultades de comunicación con los educadores de los hogares, en función de las condiciones concretas de trabajo en las que se encuentran:

Q1: -Porque vos llegás a un hogar que hay una educadora con catorce, y que le vas a decir, vení, dejá los nenes y vamos...no.

Parece desprenderse de la investigación, una cultura institucional que data de mucho tiempo de falta de personal y de falta de condiciones para la formación del personal que está encargado del cuidado directo de los jóvenes. De esta manera, el psicofármaco pareciera convertirse en un recurso institucionalizado para ayudar a la elaboración de la internación, del abandono, pero también como suplemento de la falta de personal acorde.

E2: -(...) una cuestión de, de casi como un recurso cotidiano, entonces hay gurises que, que se los termina llamando un psiquiatra o medicando a veces, yo que sé, sin necesidad, me parece, ¿entendés? O sea, no sé. (...) No tengo la formación ni nada que se le parezca pero, me parece.(...) que si vos hay veces que tenés diez gurises, en un centro y tenés nueve medicados y, hay algo que tenés que preguntarte. Bueno, cuál es la que, cuál es la característica del centro, o sea, no estás trabajando con gurises con patologías psiquiátricas...no. (...) estás trabajando con gurises que estudian, que trabajan bien, ¿Entonces qué?, ¿Qué explica que esos gurises estén todos medicados? (...)¿Realmente precisan? Yo que sé. Yo creo que en muchos casos ha pasado, que ahora por ejemplo en el hogar yo creo que en alguno, en algunos casos se viene solucionando, a veces ante la ausencia del recurso de hacer una terapia, (...) de

depresión, de situaciones familiares, de angustia o de un montón de cuestiones que capaz que estaría bueno trabajarlo a nivel de una terapia psicológica (...) Pero lo que pasa que, que el abordaje psiquiátrico es como el más, el más rápido y puede dar una solución a más corto plazo. Ni que hablar cuando en vez de una pastilla es un inyectable o, en las clínicas que terminan con los chalecos y ese tipo de cosas no?

E2: - Incluso gurises que el psiquiatra le ha dado de alta y que, al tiempo lo mandás de vuelta porque, ese tipo de cuestiones que yo que sé, no están buenas me parece.

Todos los entrevistados manifestaron como excesiva la intervención psiquiátrica con los adolescentes, pero ninguno parece sentirse capacitado para contradecir a dicho dispositivo. La cuestión quizás radique en la dificultad de encontrar otros novedosos caminos terapéuticos y educativos. Se visualiza también, que este proceso de prescripción de psicofármacos se produce sobre imaginarios de que el otro que viene de afuera, es quien enuncia si esa indicación medicamentosa es correcta. En este sentido, los educadores transmitieron suponer que en la visita psiquiátrica de guardia, el profesional despejará la duda acerca si la descompensación remite a un estado mental del joven, o si remite a una reacción reactiva al entorno del hogar. Imaginariamente parece encontrarse que ante lo reactivo, no correspondería la prescripción de psicofármacos. Sin embargo, como venimos desarrollando los psiquiatras consideran que se medica generalmente ante lo reactivo de la situación más que a la condición etiológica del sujeto. Parece presentarse el falso dilema de psiquis versus ambiente, entendiendo a lo psiquiátrico como aquello biológico no accesible por medio de lo social, de lo educativo. Y eso biológico sería lo perteneciente a una "patología mental", en tanto lo medicable. Por lo tanto, mientras que el psiquiatra interviene farmacológicamente en las fisuras del dispositivo de atención en hogares, el educador asienta en su imaginario -aunque con sospecha-, que esa intervención farmacológica confirma el "trastorno mental" del adolescente. El poder psiquiátrico (Foucault, 2012a) opera como un poder incuestionable; en contraposición a una visión donde los aspectos médicos -en tanto disciplina originariamente social (Foucault, 1976)- necesariamente debe dialogar con las políticas sociales y educativas. Mientras tanto, en este escenario se produce un adolescente, que como veremos en la última parte, culmina construyendo su subjetividad como un "enfermo mental".

J1: - Entonces como veían que yo hacía ruido, entonces (...) me fueron a preguntar que me pasaba y yo les dije y bueno, ta. Me dijeron que, me plantearon lo de la medicación y ta como que...

Inv- ¿Te lo planteó mismo el educador?

J1- Claro que podían darme una medicación para dormir (...) Porque no podía estar la

noche así despierta hasta tarde.

El educador, debe contar necesariamente con herramientas de contención ante emociones intensas, sea de tristeza ante el tránsito personal recorrido del joven o ante su desborde agresivo.

G2: -En un hogar de amparo pueden ser los compañeros o pueden ser los adultos de referencia, que no me moleste! no me interesa! que no me confronten con ese dolor, con ese sufrimiento, no hay nadie preparado. Lamentablemente creo que no predomina gente preparada -preparada en su formación y preparada emocionalmente, o sea, trabajar con estas poblaciones (...)no porque yo tengo un buen discurso, una entrevista, un buen currículum, estoy en condiciones en ser beneficiosa para alguien que viene tan... dañado.

Los psiquiatras parecen tener este panorama desde una óptica más externa al centro, pero sin embargo no parece repercutir en la disminución de prescripción de psicofármacos.

Q1: -Y uno dentro de los hogares (...) el chiquilín que está fuerte, que es resiliente, no le pasa nada con eso... Sabe manejarse. (...) El chiquilín que no, se angustia, se enoja, se desborda y ahí empieza el círculo, ¿no? El desborde del chiquilín que habitualmente al adulto le cuesta mucho entender, que tiene que ver, que a lo mejor tiene que ver con el cotidiano y no con un problema del chiquilín, porque en la vida todos tratamos de poner la culpa afuera en general, ¿no? Pero digo, entonces empieza todo a, a organizarse alrededor de una patología. (...) No necesariamente porque está atravesando una situación de violencia o de estar desbordado o estar triste quiere decir que tenga una patología. Hay una tendencia, (...) creo que eso tiene que ver con el tema emocional del adulto; es más fácil si yo, tristeza, se la adjudico a una enfermedad, "que se trata". Y si la tristeza la entiendo como lo que de verdad le tiene que pasar a éste chiquilín con la vida que tiene y eso resuena en mí y me angustia.

Desde esta perspectiva, la responsabilidad y su angustia queda depositada siempre afuera de sí: del educador en el joven y en el psiquiatra y como vimos antes, del psiquiatra en el educador o en el centro. En este pasaje de responsabilidades, todos operan contribuyendo a la reproducción de un círculo que imaginariamente debe frenar el otro, el de afuera; evitando el cuestionamiento sobre el propio ejercicio educativo y sobre el dispositivo de atención en salud mental. La diferencia quizás, también parece percibirse en tanto los educadores entrevistados, no se mostraron "seguros" disciplinariamente de poder debatir estos aspectos junto a un psiquiatra, mientras que los psiquiatras sí. Los educadores manifestaron necesitar la opinión de un otro-profesional que pueda despistar si esa demanda se remite a un trastorno mental del joven, o si justamente remite

a un motivo disciplinar o emocional que merece ser abordado con otras herramientas. Sin embargo, los técnicos no parecen comprender esta demanda “implícita” y por tanto responden únicamente en relación al joven, medicando por motivos disciplinares o emocionales que podrían ser abordados de otras maneras.

Resulta necesario comprender, que institucionalmente la división que agrupa a los hogares es independiente de la División Salud, encargada de la atención mental. En consecuencia, la corresponsabilidad emergió como una respuesta novedosa propuesta desde la División Salud, donde los psiquiatras y el equipo de trabajo del hogar toman resoluciones en conjunto:

Q1: -Yo creo que ahí también podemos, si tengo el equipo de salud trabajando con el equipo de adultos, frenar un poco ésta cuestión de exigencia de medicar todo lo que sale del parámetro del normal, porque va a haber un médico o un psiquiatra que va a poder trabajar con la gente y decirle, a ver, vamos a parar la pelota al piso, ¿no? (...) Nos podemos equivocar, pero es una decisión pensada y tomada asumiendo responsabilidades compartidas.(...) Más que trabajo diferente con el adolescente, creo que es un trabajo diferente con los adultos, ¿no? de co-responsabilizarse de la decisión que se toma. Que a veces me parece que cae mucha responsabilidad en exceso sobre el equipo de educadores del hogar, ¿no? De, y, y menos sobre los técnicos de repente. Capaz que si podemos cambiar ese equilibrio, uno puede, porque a veces el miedo lo que te hace es pedir más medicación, sentir que estás en riesgo, ¿no? Y sí, bueno, si otros te ayudan a tomar la decisión capaz que no.

Es decir, el mayor acompañamiento a la tarea del educador en las decisiones cotidianas que se van tomando, desde el equipo técnico del centro y desde la gestión podría modificar la distribución de poder y con ello el sentimiento de soledad transmitido frente a lo exigente de su tarea. Más aún si el intercambio alcanzara también al campo psiquiátrico. Sin embargo, más allá de las experiencias puntuales relatadas, el impacto sobre los operadores de atención directa y sobre los jóvenes entrevistados no parecen aún contemplar estas experiencias. En contraposición a esta perspectiva, los relatos más frecuentes responden a una institucionalización contraria:

E2: -De la misma forma que lo tiene que ver un dentista que lo tiene que ver un, no sé, un traumatólogo, o sea, el psiquiatra lo tiene que ver o consultar si lo necesita, y ahí pasaba que en realidad era moneda corriente que, (...) el gurí que quedaba en permanencia, lo viera el psiquiatra. Y por lo general el psiquiatra que lo veía, lo medicaba. Eso era como, por más que nadie te iba a decir que eso era un protocolo, era como un funcionamiento. (...) la pastilla o la medicación de alguna forma, te ayuda a

sostener al gurí, pero sin ver los efectos que eso genera en los gurises, que genera una dependencia salada. (...) Eso era, eso sí era moneda corriente. Y lo mismo pasa en los hogares.

2.4.1 Resistencias reguladas

Como modo de regular lo que todos sienten como abusivo, aparecieron durante las entrevistas diversos mecanismos para evadir este dispositivo psiquiátrico, aunque su manifestación se produce desde lo no dicho, desde lo clandestino.

Inv: -¿Cuándo dejaste de tomar?

J2 -Cuando se me antojó. Cuando salí del sistema hogares.(...) Cuando salí del proyecto (Nombre). Que me fui a la cuidadora. (...) yo le dije -Cortita. Esta mierda no la quiero tomar más. Voy a tomar la de la epilepsia. Esta medicación es psiquiátrica, vos sabes que soy un chiquilín perfectamente capaz de controlar mis impulsos...la tomaba porque estaba en hogares. Y viste como es en los hogares: la tomás o la tomás.

En primer lugar, los adolescentes manifestaron como algo corriente que exista una elevada proporción de los jóvenes que evada tomar el psicofármaco, tirando la grajea. Los adolescentes respetan el ritual donde se da la medicación -por no tener alternativa-, pero luego la esconden en su boca y fuera de la vista del educador la tiran. Durante las entrevistas, parecieron demostrar una perspicacia con la que analizan de manera particular las diversas situaciones presentadas, valorando el nivel de riesgo de cada uno.

J2: -Porque entrás en esa viveza de la tiro hoy, pero después es peor. (...) Entonces ta, lo tomaba. Porque aparte es verdad, genera cambios de ánimo. De repente ustedes no se daban cuenta....un chiquilín que lo veían re tranquilo y decían: ¡Qué cambiado que está! Y de repente, a los dos minutos...¡pah! Revolucionó todo, ¿viste? ¿Qué pasa? Varios días estuvo tomando la medicación, lo más tranqui, ¿viste? Y 3 o 4 días estuvo haciendo eso y se genera esa desproporción, ¿viste? Y ahí explota. Porque eso pasa, explota.

J1: -A veces no las tomaban se hacían las vivas y nadie se daba cuenta, pero a veces si te agarraban te hacían abrir la boca a ver si la tomaste o no, y si te reías era porque no la tomaste. Y que te hacían tomar media hora así estaban contigo, y sino te ponían en penitencia

Los adultos encargados de su cuidado, mantienen rituales de vigilancia y mecanismos disciplinarios para aquellos que no tomen la medicación. Se minimiza mediante el control de la

boca abierta del joven a los ojos del educador en el momento en que tomó la medicación, sobre todo con aquellos adolescentes sospechosos de tirarla frecuentemente. Se parte del trabajo sobre la premisa de hacerle entender al joven que es por su bien y que de lo contrario es necesario volver al psiquiatra a reajustar la medicación; pero si aún así se produce una evasiva como respuesta, entonces puede generar consecuencias disciplinarias, expresadas con ironía durante las entrevistas.

E3: *-(...) Cortá el pasto 38 días al sol a ver si no vas a querer tomar la medicación.*

Resulta interesante puntualizar cómo estos mecanismos juveniles mantienen criterios de salud, de autoridad y de regulación como mecanismo gubernamental (Foucault, 2011) en torno a sí mismos y al funcionamiento grupal. El grupo de jóvenes evalúa su necesidad en paralelo a los adultos, y reaccionan de distinta manera según las diferentes conclusiones a las que arriben.

J3: *-Tomaban pastillas por ejemplo. Se la tomaban, la dejaban abajo de la lengua o algo de eso, y después iban al baño y la escupían. Aparte después ibas al baño y veías las pastillas en el water. (...) Ya se sabía quiénes eran...algunos no sabíamos porque nunca dijeron. Pero ta, le decíamos al funcionario. (...) Depende de cómo era. Si era de esos imbancables, le decíamos como para que esté bien, que no la tiene que tirar y esas cosas. (...) Le decíamos al gurí. Le decíamos que no sea boludo, que era por su bien, que por algo se la daban. Y si veíamos que estaba muy...que no se la fumaba mucho le decíamos de una al director, o al educador. (...) alguno decía: "ta, lo que pasa que me da sueño...solo por hoy" Y si la toma al otro día, ta.(...) Si veíamos que no la necesitaba y estaba bien...para que iba a tomar una pastilla para ir a dormir, entonces ta. Si la tiraba no le decía nada. A los funcionarios tampoco.*

Inv -¿Y era muy común que tiraran la pastilla?

J3 *-Si (...) Por ejemplo: Había 3 o 4⁴⁵ no la necesitaban zarpado, y le daban. Y esos, algunos la tiraban, otros la tomaban.*

Aquí los jóvenes desarrollan varios mecanismos. Evalúan por un lado, la impulsividad y la ansiedad del joven que decide no tomarla. Por el otro, ponen en consideración si el pedido al grupo por complicidad consta de no tomar un día y eso se considera aceptable. De lo contrario, si consideran que ese adolescente no puede estar sin el psicofármaco, hablan con él y en caso de no obtener el efecto deseado, con el adulto responsable. En los casos que sí la precisaba, los adolescentes aportaban a la reflexión del joven que se resistía.

J2: *-(...) tiraba la medicación y eso. Incluso un par de veces le llamaron a API por eso,*

45 En este caso venía relatando que en el hogar, seis adolescentes tenían prescrito psicofármacos, por lo cual ellos evaluaban que el 50% de los jóvenes no la precisaban.

porque no quería tomar la medicación y se hacía el vivo y después se desacataba porque no quería, no quería, no quería y se generaba esa fricción y listo. Pinchazo. - (Nombre), no seas bobo. Tenés una desproporción. (...) Dos o tres días no tomaba la medicación y ¡Pah! Veías un cambio total. Entonces no seguía una línea de comportamiento más o menos, ¿entendés? Entonces ahí decían bueno si esta persona, tiene esto es para desproporción en su comportamiento tiene problema, pero el problema real era que el chiquilín se hacía el vivo, no tomaba la medicación. O a veces le recetaban la medicación por esto mismo, y a su vez al chiquilín no le gustaba, dejaba de tomar y había una desproporción emocional, ¿entendés? (...) Y así sigue la cadena, tantos días esta bien, tantos días esta mal...unos desniveles enormes.

Las percepciones juveniles entrevistadas parecieran encontrar un análisis interesante en el uso del dispositivo psiquiátrico. No responden creyendo que toda la psiquiatría es perjudicial, ni tampoco la aceptación de un sistema que ellos mismos sienten que manejan determinados abusos naturalizados. Sin embargo, tampoco los adolescentes -además de los educadores- mantienen una voz válida para dialogar con la psiquiatría. En este sentido, un educador resuelve unilateralmente en los hogares que trabajó, no darle medicación psiquiátrica a los adolescentes que tiene a cargo, sin hablarlo con nadie. Este educador responde a una vieja concepción de la infancia, de la autoridad y de la dinámica del centro. Su tipo de relacionamiento, su género masculino y su complexión física grande parecieron permitirle mantener el orden sin el consumo de los psicofármacos prescritos. Podemos suponer sin embargo, que esta práctica no se remite a su individualidad, sino que constituye parte de un conjunto de prácticas no dichas; y por tanto forma parte del currículum oculto del Instituto (Giroux, 1997).

E1: -No se las daba.

Inv -¿Cuándo estaban indicadas, tampoco?

E1 -No, tampoco.

Inv -¿Nunca?

E1 -"¿Vos por qué tomas esto? -No, porque... -Porque te haces el loco, te dan esto porque vos te hacés el loco, hacete el loco conmigo" así ¿viste? "hacete el loco conmigo, yo no te doy los remedios -¿no me vas a dar? -¡no, no, no, no, no te doy nada! vos conmigo no tomas pastillas y ¡Hacete el loco, vas a ver qué te pasa!" Pasábamos de joda todo el turno. Mira, una anécdota: una vuelta me olvidé de llevar... (...) yo me llevé a 2 gurises para el hogar, (...) los 2 se medicaban, y (Nombre) (...), dice "el fin de semana (educador) se va a llevar a Fulano y a Mengano, le voy a preparar la medicación". Le dice el director "No, no le prepares medicación -Pero ¿y cómo? ¿Lo vas a mandar sin

medicación? -Sí, sí, sí, sí. Vos sabes bien que en el turno, (Educador) no les da medicación y cuando los lleva a la casa tampoco no les da medicación porque no lo precisan, no hace falta". Yo pasaba todo el fin de semana (...) Hacíamos un asado, comíamos, nunca les di alcohol, eso sí ¿viste? Y jamás les di medicación, y yo en los turnos conmigo -salvo que fuera por algún problema serio, yo les respetaba la medicación- Pero esto que yo sabía que porque eran inquietos los empastillaban, ¡no! Yo le preguntaba al gurí "¿Cómo te sentís ? ¿Estás bien? ¿Querés tomar la medicación? -No tío, no me des la medicación que me hace dormir -Ah, ta, ta, no hay problema."

Este relato se ha repetido en otras oportunidades, aunque por motivos de confidencialidad no es posible explicitar sus anécdotas. De todas formas, nos permite afirmar que en el Instituto parecen tomarse otras decisiones paralelas, de cuidado de los jóvenes sobre el abuso de psicofármacos existente que todos parecen consentir. El psicofármaco que ocupa el lugar simbólico y químico como puesta de límites, parece poder evitarse ante aquellas personalidades intimidatorias que dejan poco margen a los jóvenes para evadir el límite. De esta manera, determinados centros pueden darse la autorización interna de no consultar psiquiátricamente por sus adolescentes. Su política educativa comprende la minimización paulatina hasta la anulación del consumo de psicofármacos.

G1: -Es un mal de esta época (...) Me parece que estamos matando a estos gurises con esto.

Al repreguntar cómo se trabaja entonces todas aquellas demandas comportamentales relacionadas a la violencia de los jóvenes, su respuesta es ambigua pero contundente: el trabajo sobre la cotidianeidad parece ser una clave para poder contener psíquicamente a estos jóvenes, adhiriendo además, un rol técnico más inmerso en la cotidianeidad del centro y menos en lo solitario del consultorio. En este sentido, el discurso acerca de la salud mental y el discurso sobre los derechos de los jóvenes se enmarca en una propuesta socio-educativa que lo coordina. La singularización de las experiencias ha permitido contrastar los discursos totalizantes y visualizar con ello, el carácter político que conlleva la decisión de cómo trabajar los trastornos comportamentales y los desajustes que los jóvenes esperablemente presenten en los centros. La atención en salud pensada únicamente en términos de accesibilidad y por tanto el tratamiento psiquiátrico como la restauración de un derecho de atención en salud, invisibiliza e invalida la decisión política de evaluar a la interna del hogar, cómo trabajar con estas subjetividades. Mientras tanto, la institución parece mantener un doble discurso a partir del cual por un lado solicita más psiquiatras, y por otro denuncia la demanda excesiva de medicalizar todo lo que sale de la norma.

2.4.2 Excepciones regulares

Al preguntarle a los psiquiatras sobre posibles abusos con psicofármacos, todos uniformemente manifestaron confiar éticamente en sus colegas y alegaron que cualquier irregularidad podría deberse a que el hogar “entendiera mal” su indicación médica.

Q2: *-No hay enfermeros. Entonces muchas veces son manejadas por un coordinador, por un educador, entonces ahí hay que confiar en la ética...supuestamente. Yo nunca (...) llegamos y tuvimos chiquilines intoxicados, por ejemplo. Si quizás entendieron mal, o dicen haber entendido mal una indicación y le dieron mal y ven los efectos secundarios de la medicación. Por ejemplo, Ritalina, como ellos saben que se dan para el control de la impulsividad, la distractibilidad y la inquietud, le dan de noche. Y eso de noche le quita el sueño porque esta el efecto secundario. Pero sobremedicados, no. Puede ser porque además es difícil que tú encuentres la causa, porque puede ser medio idiosincrasia del niño por su metabolismo, que es el metabolizador lento, y eso lleva que quizás fraccionando la dosis llegues a un momento que lleves a una intolerancia y quizás como efecto secundario quede la somnolencia, podría ser el que más común aparece. Pero nunca llevamos a ingresarlo porque tenía que despistar tóxicos, eso no...*

Sin embargo, emergieron durante las entrevistas a educadores y a la gestión de los centros, relatos de abusos que parecen ocurrir con cierta frecuencia. De acuerdo a lo relevado, habría psiquiatras (aunque hoy no trabajan en la institución) que eran conocidos por medicar con psicofármacos, sin ver a los NNA.

E1: *-Yo los conocía "¿Cómo te va? ¿Cómo andas? (...) "No sé, me dijo (Director) que te lo trajera -¿Y qué problema tiene? -Yo qué sé."El botija conmigo no tenía problema pero en los demás turnos les hacía la vida a cuadritos ¿viste? y era pa' tranquilizarlo "pero ¿Y no está en tratamiento contigo? -No, no, no, yo nunca lo traté -Ah, ¡nunca lo trataste! Y me dijeron que te lo trajera. Bueno, llama al hogar que está allá a ver qué..." Porque el gurí era muy inquieto pa' que lo tranquilizara, que le diera algo "¡Ah, para eso!" En vez de atenderlo, ¡no! Lo empastillaban.*

Inv *-O sea, ¿No charló con el chiquilín?*

E1 *-No, no, no, no, pero era muy común, el doctor ese "che, ¿y qué te parece qué le damos? y le damos Dormicun, esto, aquello, lo otro" Para bajarlo ¿viste? al botija, para que no molestara, que no estuviera inquieto, entonces (golpea las manos) pastilla (se ríe) yo me quería morir. Le digo: "¡Yo pensé que estaba en tratamiento contigo, por eso lo traje! ¿Qué querés que te diga? Si a mí el botija no me molesta" es que yo no les daba pastillas en mi turno a los gurises.*

Vemos acá como la práctica de hablar únicamente con el adulto, se referencia únicamente al adulto que solicita los psicofármacos. En esta situación que existen dos adultos con opiniones diversas, (uno solicita una benzodiazepina y el otro dice que en su turno se porta bien), tampoco genera una tensión que precise despistar manteniendo una entrevista con el joven. El hecho de que no en todos los turnos se comporta de esa manera, podría remitir a un cuestionamiento del funcionamiento del hogar o del educador con el cual tenga esos comportamientos. Sin embargo, resulta llamativa la naturalidad para medicar en estas situaciones.

E2: -Esto que yo te decía que los psiquiatras medicaban por teléfono. (...) Yo que sé, eran las excepciones también. No era la, la moneda corriente, la moneda corriente era que el psiquiatra vaya, a veces lo atendía tipo, uno atrás del otro, pero, lo iba despachando pero no era una cuestión de, de que, o sea, esto de que el psiquiatra o iban a buscar la receta a la casa, yo que sé, eran excepciones. No sé, yo me acuerdo de situaciones de esas, pero contadas con los dedos de la mano.

Los educadores incluso relataron haber vivenciado determinadas tensiones institucionales al entrar a trabajar con psiquiatras que tampoco estaban acostumbrados a esas dinámicas, y que les generaba un cuestionamiento fundamentalmente ético:

E2: -(...) Se dio ahí como una cuestión media grosera porque claro, los tipos yo que sé, de querer que (...) firmara órdenes de internación o que medicara que de alguna forma los directores o los, los educadores que le dieran las pautas de medicación, ellos se la daban o, pretendían, una manía que a veces pasaba con los psiquiatras del INAU, ta.

Este abuso institucionalizado también redundaba en un aumento de la desconfianza laboral existente.

E2: -Yo a la gran mayoría de los psiquiatras les he perdido el respeto, por los que lo conocí, por la forma de trabajar, porque he visto psiquiatras que medican por teléfono sin, sin ver a los gurises, que dan órdenes de internación sin ni siquiera conocer a los gurises, preguntando, ¿entendés? Entonces una persona que hace eso, a mi me pierde todo el respeto, o sea, desde el punto de vista profesional.

Surgió a su vez un tipo de relacionamiento cercano entre los directores de los centros y los psiquiatras, lo que también pareció generar condiciones para realizar determinadas acciones:

E3: -(...) el director de ese hogar por un tiempo, (...) era psiquiatra, era médico, era educador, era todo. O sea, no digo que medicar pero sí que modificaba la medicación en

función de una alteración de un adolescente. Eso lo vi yo y varios compañeros que estuvimos ahí.

Los psiquiatras entrevistados, incluso reconocieron que los jóvenes de INAU consumen en términos generales mayores dosis que las de otros jóvenes que viven fuera de la institución, pero lo remiten a una necesidad producto de la situación en la que se encuentran:

Q2: -(...) si bien no caes en dosis tóxicas, quizás lo comparas con lo que la población normal toma y es mucha medicación. Vos estas hablando por ejemplo del Clonazepam, que es una benzodiazepina de vida media larga. Fácil toman 6mg, cuando con personas con problemas de sueño, con 1 mg. en la noche logran conciliarlo. Estamos hablando de dosis, a lo que sumas, a la polifarmacia que tienen. Que tienen además dos o tres fármacos que están usando.

Los jóvenes por su parte, relataron situaciones donde visualizan compañeros que prácticamente no pueden sostener ninguna actividad del cotidiano, producto de las dosis de psicofármacos con las que son tratados.

J3: -Si, había algunos que iban y algunos que ta...que para mi no le tenían que dar pastillas pero ta...se las daban.(...) Pasaba dopado (...) Quedaba muy...se le trancaba la boca para hablar y eso...¿viste como un borracho así? Tipo así y yo que sé...se le caía la baba dos por tres, cualquier cosa. Y después se dormía.(...) Yo tenía como 10, 9 años. (...) Tenía 8 o 7.

Esta situación como vemos, tampoco parece solamente remitirse a la adolescencia. Desde la niñez el abuso de psicofármacos por temor al riesgo probable, es posible.

E2: -Yo me acuerdo un caso, que no me olvido más, un domingo de noche vino una psiquiatra de División Salud y dio una orden de internación para una gurisa, una gurisa flaquita chiquita (...) Ella no sé, tendría como quince, dieciséis años, pero físicamente era muy chiquita. Y, le dejó una torta de medicación. Al otro día vino, vino otra psiquiatra, de esas que venían a hacer turno, que no eran de emergencia y mira las recetas y dice: Bo, esto es una barbaridad, ésta gurisa se nos puede dar vuelta. Y la realidad era que el psiquiatra nunca la había visto a la gurisa. ¿Entendés? O sea, dejó la orden de internación porque, porque ta, pero nunca la había ni siquiera visto. Le habían dejado una torta de medicación y ta, y ese tipo de cuestiones son, obviamente que no era la que pasaba siempre, pero son graves.

Resulta interesante en este sentido, mencionar la analogía que mantiene el uso de la palabra *internación* para dos procesos: tanto para ingresar a un hogar de protección, como a una clínica psiquiátrica. Como manifiesta otra psiquiatra, es un tema que no solamente remite a una objetividad clínica, sino a una perspectiva filosófica y humana. De lo transmitido se desprende, que tener un joven con poca medicación psiquiátrica supone asumir como hogar que el joven pueda cometer algún acto “no debido” y que ello supone correr algún tipo de riesgo humano y laboral: un temor a la descompensación, a la huida, a la crisis grupal, a la crisis propia del adulto. El educador en definitiva asume un mayor riesgo teniendo a los jóvenes sin psicofármacos, porque sobre su persona recae toda la responsabilidad de su cuidado, en situaciones de poco cuidado de sí como trabajador. El psiquiatra en su guardia, también debe asumir un riesgo de no ser abusivo en su prescripción cuando el informante parece desbordado y el joven no parece constituir un interlocutor válido.

Q1: -Y si, pero bueno, hay un nivel de esto que uno tiene que asumirlo como parte del riesgo en el trabajo. Yo creo que uno tiene que asumir en determinada circunstancia, entre que un chiquilín se vaya, con el riesgo que implica y pensar que yo lo tengo absolutamente sobre medicado, en un cultivo de tejidos, babeándose y mirando al vacío, yo no tengo dudas de qué hay que hacer. Yo no tengo dudas, yo no tengo miedo de tomar la decisión o, eh, puedo tener espalda para hacerlo. Capaz que también hay que entender al médico que llega en la móvil y que no es psiquiatra, y que de repente ve la situación, y frente al miedo, medica. Porque no puede calibrar, en realidad, el riesgo real, ¿no? Eh, y también su criterio, porque en la medicina, si bien hay criterios y protocolos, después la ejecución del protocolo tiene que ver con un arte y una decisión personal que pasa por, por la ética por, por conceptos personales, filosóficos a veces, ¿no?

A pesar de reconocer el fenómeno, lo atribuye a la emergencia médica o a otros médicos no especializados, poniendo una vez más la responsabilidad de lo abusivo, en el *afuera*. Este tipo de irregularidades existen en el Instituto y todos parecen naturalizarlas en su condición de excepcionalidad. El poder psiquiátrico, se anuda entonces con otros poderes jerárquicos de la institución permitiendo una discrecionalidad en su intervención (Foucault, 2012a), conservando formas de intervención que podrían corresponderse al paradigma tutelar, sin garantías procesales para los jóvenes. Como vimos, estas irregularidades se constituyen por la gran cantidad de prescripción de psicofármacos, pero también por dejar órdenes de internación en blanco, o por privar al joven de su libertad, o medicándolo por la sola voluntad del adulto-director del centro. La existencia de este tipo de prácticas insiste además en el sentido de control y de forma de puesta de límite por medio de la medicación psiquiátrica para los jóvenes *internados*.

III- DEVENIR ADOLESCENTE EN UN CENTRO DE TIEMPO COMPLETO

Hasta el momento, hemos relevado que un 46,6% de los jóvenes internados consumen algún tipo de psicofármacos, dentro de los cuales se destacan los hogares oficiales con un consumo promedio de un 50%, en contraste a un 37,5% en los hogares tercerizados. Si bien estos números no responden a la totalidad de hogares, si constituyen una cantidad significativa a partir del cual podemos instalar este proceso como un fenómeno actual de los centros de protección de adolescentes. Para todos los centros, los motivos de consulta más frecuentes constituyen los comportamientos derivados de la violencia, conformando situaciones de heteroagresividad, CEPM y otros; por lo cual la sedación constituye su principal demanda, tal como indica el antecedente relevado en el centro de reclusión femenino (López Gallego, 2011).

A partir de percepción de todos los actores entrevistados, la intervención en salud mental es fundamentalmente una intervención psiquiátrica. Esta información se desprendió desde las entrevistas a jóvenes y educadores, pero también en tanto los psiquiatras mantienen prácticamente la totalidad de su demanda desde los hogares, en contraposición al Departamento de Psicología que mantiene aproximadamente entre un 30 y un 40% de la demanda de esos centros; en contraste a la mayor demanda que mantienen de otro tipo de programas de INAU no institucionalizados las 24hs. De la misma manera, el hogar de la División Convenios que menos porcentaje de adolescentes medicalizados presentó, se define por no ser solamente un centro de protección de tiempo completo, sino también una residencia o lugar de atención en contexto; generando indicios de que el tipo de funcionamiento cotidiano de un internado a la actualidad, ocasiona mayores tendencias a ser intervenidos con psicofármacos.

En efecto, la intervención psiquiátrica se ofrece desde el momento de ingreso a la institución por amparo. Los psiquiatras han sido distribuidos de manera tal en la institución que la misma situación de abandono constituye una situación pertinente para un abordaje psiquiátrico; a lo cual se agrega que en el primer centro al que van los adolescentes, se acostumbra generalizar las visitas de los psiquiatras a prácticamente todos los adolescentes que permanecen. Los adolescentes entrevistados además relataron cómo a todos se les ofreció o amenazó con una consulta psiquiátrica en el primer hogar que estuvieron y sin embargo a ninguno se le propuso otra terapéutica posible para su malestar. Esta generalización psiquiátrica en el ingreso a la institución, se fundamenta en un sentido preventivo que apuntaría a la minimización de la internación, pero esconde una lógica de apaciguamiento del síntoma en el joven que denuncia lo vivido previamente y en la institución. En la medida que no se remitieron a una coordinación con otras

áreas que trabajen lo vincular de su núcleo familiar, la atención parecería remitirse a volver al joven un poco más dócil y de esta manera sostener su vida en las presentes condiciones. En este sentido, esta forma de intervención contribuye a perpetuar el síntoma en el tiempo (Galende, 2008). Y parafraseando a Nikolas Rose (2012), podemos decir entonces que este tipo de intervenciones se produce en el marco de las nuevas formas de gobierno de la conducta, en la *era del cerebro*.

La prevención como estrategia de salud supone un sentido de predicción que condensa una relación exclusiva entre el sujeto, el tiempo y la acción preventiva, sin dar espacio a acontecimientos novedosos que necesariamente modificarán lo que aún no se conoce: el futuro (Rose, 2012). Nikolas Rose (2012) muestra a partir de algunas intervenciones médicas preventivas realizadas en Estados Unidos, que tampoco necesariamente se produce un consecuente ahorro económico. De hecho, el futuro es impredecible desde una perspectiva de la realidad en permanente movimiento. En consonancia a lo expuesto, el tipo de estrategias preventivas desarrolladas del Instituto, no parecen haber redundado ni en la minimización de la internación como respuesta principal institucional, ni en la cantidad de población total que atiende el instituto en esta modalidad (INAU, 2009). Es decir, a pesar de las acciones preventivas desarrolladas -fortalecimiento de los dispositivos de contexto comunitario y atención a la primera infancia-, Uruguay es el país de la región con los mayores índices de internación por amparo como respuesta a la situación de vulneración de derechos en NNA (Comité de los Derechos del niño, 2014), y su cantidad de población atendida se ha mantenido estable.

En segundo lugar, analizamos que la atención psiquiátrica se realiza en precarias condiciones: con pocos recursos humanos y con una guardia sin las condiciones materiales necesarias para un servicio eficiente. En policlínica, existen pocos números de atención y el tiempo de consulta suele ser escaso. El adolescente no parece constituirse como un interlocutor confiable para hablar de sí, por colocar el motivo de su malestar en factores externos; operando una naturalización que acalla su voz e interviene principalmente la de algún adulto de mayor jerarquía que lo acompaña y determina junto con el psiquiatra cuáles son los psicofármacos adecuados. El psiquiatra se remite generalmente al educador acompañante, en el cual tampoco confía, pero que en última instancia parece ser más fiable que el joven. Esta perspectiva, corresponde a un Paradigma Tutelar donde el adolescente en tanto sujeto incompleto no puede dar cuenta de sí y el adulto conserva aún la discrecionalidad de su intervención sobre el joven. “*Ante la duda*” de todos los adultos que intervienen en su atención, parecen prescribirse psicofármacos de forma naturalizada; lo cual pareciera a su vez justificar la imposibilidad de generar otras estrategias emocionales que puedan

contenerlos en los centros. Si bien los psiquiatras acuerdan que las solicitudes de los hogares podrían disminuirse significativamente de trabajarse de otra manera, parecen naturalizarse llamadas e intervenciones psiquiátricas en una lucha de poder con el educador, donde el educador cuenta con el servicio psiquiátrico como última estrategia de dicha lucha. Esta estrategia es efectiva además, porque parecen prescribirse psicofármacos en la casi totalidad de las intervenciones psiquiátricas solicitadas.

Las crisis de excitación psicomotriz por las que mayoritariamente se llama al servicio de guardia, parecieran haberse diluido cuando llega el psiquiatra al centro, lo cual deja una duda de cómo intervenir o si realmente se constituyó como tal. Se infiere de los relatos, que la diferencia de perspectiva parece radicar en que los educadores suponen que en la visita psiquiátrica el profesional dilucida si la *descompensación* remite a un estado mental del joven, o si es reactiva al entorno del hogar. Imaginariamente pareciera además encontrarse que ante lo reactivo, no correspondería la prescripción de psicofármacos. Sin embargo, los psiquiatras consideran que justamente por estas razones son las que se medica, más que por factores etiológicos del sujeto. Parece presentarse el falso dilema de psiquis versus ambiente, entendiendo a lo psiquiátrico como aquello biológico no accesible por medio de lo social, de lo educativo.

Por otra parte, los seguimientos en la consulta son poco frecuentes -cada tres meses generalmente- y los educadores seleccionados como acompañantes parecen ser aquellos que no pueden contener a los adolescentes en el cotidiano del hogar. Muchas veces, no conocen su historia ni el motivo de derivación. Otras veces, parecen ser enviados por directores para que “conocidos” psiquiatras del sistema los mediquen sin tener ninguna entrevista con el joven. En consecuencia, los psiquiatras han podido ejemplificar lo poco gratificante que resulta el sistema de esta manera para todos los actores: los hogares quedan disconformes con las resoluciones de modificación o del mantenimiento de la medicación, a la vez que los psiquiatras también se sienten insatisfechos en tanto no cuentan con un interlocutor válido sobre el cual despegar dudas acerca de la situación del adolescente. El joven además, tampoco tiene un lugar de portavoz válido sobre su propio sentir. Por lo tanto, la prescripción suele cronificarse más de lo recomendable.

También visualizamos en el nivel del funcionamiento de los hogares, varias cuestiones. En primer lugar, que la demanda institucional se remite a la adquisición de habilidades básicas y a la tranquilidad: a *sobrellevar el turno*. Los hogares oficiales mantienen un equipo más incompleto que los conveniados, con peores condiciones de funcionamiento general. Estos hogares,

mantienen un 13% más de jóvenes medicados con psicofármacos que los tercerizados, por lo que deberíamos problematizarlo en relación al tipo y cantidad de equipo con la que estos centros cuentan; como al funcionamiento interno de cada División. Como mencionamos, es frecuente que existan centros que mantienen un educador por turno de trabajo, sin horas disponibles para ir a las reuniones de equipo y por tanto asociadas a un voluntarismo de su equipo; ya que genera horas a favor que difícilmente podrá tomarse. Pero también apareció un cuestionamiento a la calidad de las reuniones: los centros parecen perderse en un trabajo cotidiano sin perspectiva a largo plazo, sin construcción de estrategias individuales con los jóvenes y por tanto, con reuniones de equipo donde el equipo tiene una instancia de intercambio entre sí, pero sin un desarrollo de perspectivas educativas transversales y singulares con cada adolescente. Los funcionamientos disciplinarios parecen constituir en algunos centros la totalidad de la estrategia educativa, disciplinando cuerpos sin otra elaboración subjetiva posterior.

Los educadores por su parte, ante un desborde emocional del joven parecen llamar con lógicas de control pero también ante la duda de la valoración del riesgo que podría correr la situación. Pareciera que *la duda* de todas sus partes (educadores y psiquiatras), operan para el joven como amenaza latente y manifiesta, donde se produce consecuentemente una prescripción de psicofármacos que en difíciles condiciones pueda sortear. A saber, la llamada al psiquiatra de guardia también parece mantener otros sentidos de lucha más complejos. Existen educadores que amenazan como un castigo disciplinario la llamada al psiquiatra y los jóvenes con mayor control de impulsos pueden sostener ese nivel de tensión con el educador para conseguir algo que se propongan. El psiquiatra entonces conserva un elemento de poder, a partir del cual el joven puede exponer la imposibilidad del educador de sostenerlo, de ponerle un límite y de entablar un vínculo educativo con él, mientras que el educador mantiene ese poder adulto de mayor credibilidad ante el psiquiatra para medicarlo si se lo propone. En este sentido, el poder psiquiátrico opera a través de su presencia como la autoridad máxima, y ésta es otorgada por todos los adultos que lo invocan y lo reclaman (Foucault, 2012a). El *control-poder* lo ejerce entonces quien logre convencer al psiquiatra de que su perspectiva es la correcta, cuando educadores y jóvenes conservan una lucha de poder intrínseca; incluyendo a este proceso como parte del currículum oculto de los hogares (Giroux, 1997). Por ello, cuando un educador llama al psiquiatra y éste no resuelve prescribir psicofármacos, queda expuesto a la interna como aquel que no pudo contener y encuadrar a los adolescentes a su cargo. Los adolescentes también parecen conocer este funcionamiento y lo usan a su conveniencia; pero como la mayoría de las llamadas culminan en alguna indicación farmacológica, se invalida el debate sobre el funcionamiento educativo en pos de una indicación sobre la salud mental del joven.

Hemos visualizado por otra parte, cómo determinados funcionamientos de protección de tiempo completo se asemejan a los centros con medidas de seguridad a partir de las percepciones de sus actores y en las resoluciones cotidianas del centro (Ver 2.1.2). En contraposición a una clase social media sostenida como ideal social, la adolescencia internada proviene generalmente de una clase social descendida; la cual constituye el imaginario del joven desviado (Chaves, 2010) que genera como consecuencia, políticas indiferenciadas entre preventivas y punitivas, en el mismo dispositivo de protección (Erosa, 2000; Morás, 2012; Pedernera, 2011). Estos procesos los visualizamos a través del ingreso al Instituto y de las SNA; y debemos comprender que culmina produciendo subjetivamente a “desviados” en tanto le ofrecemos un tránsito institucional que confirma al pobre-joven bordeando a la patología, la peligrosidad y la delincuencia.

Ahora bien, a este escenario se le adhieren otras irregularidades. Mientras los psiquiatras manifiestan confiar en el criterio ético de sus colegas, educadores relatan diversos abusos institucionales naturalizados ante situaciones “excepcionales”, relativamente regulares: órdenes de internación psiquiátrica dejadas en blanco a los directores de centro, prescripciones por teléfono entre un director y un psiquiatra, modificaciones por parte de directores a las medicaciones prescritas, configurando un escenario de poder discrecional donde el director y el psiquiatra parecen resolver el destino “mental” del joven; que como desarrollamos, después mantiene un difícil seguimiento acorde. Esta forma de poder psiquiátrico entonces se configura como un ejercicio violento contra los adolescentes internados, constituyendo fundamentalmente un servicio de administración de psicofármacos y de privación de libertad del adolescente.

En cualquier caso, lo reactivo de la solicitud de psicofármacos puede visualizarse también a través de sus estrategias de lucha resistenciales a la relación de poder (Foucault, 1983). De esta manera, direcciones puntuales de centros y algunos educadores deciden no darles los psicofármacos prescritos, obteniendo para ellos, los mismos resultados en el joven. Aquí la resistencia, se constituye devolviéndole al sujeto la capacidad reflexiva de poder dar cuenta de sí: preguntarle al joven si se siente bien, si siente que la precisa la medicación y tomar la decisión educativa y política de no prescribir psicofármacos ante cualquier irregularidad. De esta manera, el joven es subjetivado a sí mismo, considerándolos a ellos como informantes privilegiados de su sentir. Desde esta investigación de mirada cartográfica, se procuró darles un protagonismo político en este sentido. Si bien fue necesario componer estos procesos a partir de sus diferentes planos y actores, los jóvenes constituyeron la base sobre la cual se diseñó cada uno de estos planos trabajados (Passos et al., 2009). Dar cuenta de este fenómeno sin involucrar a su población

objetivo, es en alguna medida reproducir la violencia institucional donde nadie “se encuentra” con aquel que crece. Su voz en consecuencia se va constituyendo como inaudible, como impotente: es un sujeto que no puede dar cuenta de sí. Es por tanto tarea política de una investigación comprometida con lo social y con la infancia, contribuir para revertir el desequilibrio de fuerzas existente. En última instancia, el sentido del dispositivo debería formularse a partir de lo que ellos sienten, sobre cómo devinieron adolescentes en un centro de protección de tiempo completo y en qué medida ello les aportó a una conformación positiva de sí.

Por otra parte, venimos problematizando la inexistencia de diálogo entre la psiquiatría con otros actores de la salud mental y educativos, de manera de acercar visiones sobre las situaciones que atienden. Los intercambios puntuales relevados, remiten a una forma de trasmisión de saber donde la psiquiatría le aporta al funcionamiento del centro, al educador o al psicólogo. Queda aún pendiente un diálogo con otros servicios para construir un tipo de intervención en salud mental colectiva y multidisciplinaria, que no responda únicamente a la perspectiva psiquiátrica. El lugar de poder del Departamento de Psiquiatría pareciera ser incuestionable en la institucionalidad de INAU de hoy; y entiendo que dicho poder se sustenta en el nivel de demanda que efectivamente tienen, fundamentado en última instancia, en los niveles de peligrosidad y marginalidad que la misma noción de enfermedad mental acarrea (Amarante, 2006).

Resulta llamativo cómo todos los actores acuerdan del abuso instalado en la solicitud y prescripción de psicofármacos y sin embargo ello no genera debates u otras resoluciones consecuentes. El clima de desconfianza generalizada en los hogares les impide la construcción de un equipo de trabajo en el cual intercambiar sobre cualquier inseguridad, angustia o imposibilidad ante su tarea educativa; lo cual repercute en un sentimiento de “*desborde*” del educador frente a la tarea. Un clima laboral que interviene en estas condiciones, en alguna medida cuenta con el psiquiatra como un recurso necesario para su mínimo funcionamiento cotidiano. Recordemos que la mayoría de las internaciones por amparo se producen por situaciones de violencia y abuso vividos (López & Palummo, 2013); lo cual implica que un porcentaje de jóvenes probablemente mantenga determinadas formas de relacionarse que reproduzcan esa modalidad vincular. Las historias de vida de estos adolescentes, demandan del adulto una capacidad contenedora, firme y que le muestre que otro tipo de respuesta vincular existe; sumado a que el educador debe poder contener varias singularidades en simultáneo. Este clima laboral en consecuencia, dificulta el establecimiento de una empatía con el joven que logre transmitirle confianza y tranquilidad. Además, la falta de un proyecto de trabajo que trascienda el cotidiano con sus aspectos más disciplinares y la poca o nula existencia de reuniones de equipo potentes sobre las cuáles

construir estrategias colectivas y singulares con los adolescentes, genera un accionar sin perspectiva donde el educador se siente imposibilitado de desarrollar estrategias novedosas, coordinadas y colectivas frente al grupo y a cada adolescente. El educador parece sentirse -y es visualizado- con una vulnerabilidad mayor frente al adolescente que lo desafía en una lucha de poder permanente, donde la resolución depende de lo que pueda cada cuerpo singular, teniendo como fin la permanencia de *la tranquilidad*. Si a ese escenario le sumamos el enojo y la tristeza que puede implicar una internación por protección integral, es previsible que requiera de varios educadores por turno. Probablemente, el educador culmine llamando al servicio de guardia ante un desajuste que lo desafíe sin saber cómo manejarlo, porque sino lo realiza puede estar omiso frente al turno siguiente, a su compañero de trabajo que se encuentra con las mismas carencias institucionales. Por lo tanto, el sentimiento del mantenimiento de la autoridad frente a los adolescentes se construye necesariamente desde espacios colectivos y potentes, con fundamentos que enmarquen las acciones cotidianas a largo plazo. De lo contrario, ocurre lo que sucede a la actualidad: las irregularidades en los centros constituyen aspectos relativamente frecuentes cuando el trabajo se delimita sobre la *emergencia*. Estas emergencias que generan irregularidades ya instituidas, son violencias institucionales y vulneraciones a los derechos de los adolescentes que no son avaladas por todos los adultos del centro; pero que también conforman en alguna medida parte del currículum oculto de la institución (Giroux, 1997).

Esta falta de colectivo incluye también al rol del psicólogo en el centro, donde parecieran accionar desde un lugar desprendido del cotidiano del centro y del equipo de trabajo. Su asociación a la atención individual, a la realización del informe burocrático y a la autorización de la visita familiar, contribuye a una omisión de intervención en la estrategia desplegada con el joven; favoreciendo al mantenimiento de esa atención psiquiátrica, tanto en su prescripción inicial como en su cronificación. Por otra parte, el SAP, perteneciente al Departamento de Psicología y ubicado en División Salud, no pertenece a la misma gestión que diagrama las intervenciones en salud mental *integral*. Esta apreciación acerca del organigrama institucional⁴⁶, se reproduce en un nulo diálogo entre los profesionales de atención directa. La escisión profesional en la intervención sobre una misma situación, genera desventajas para todas sus partes. En primer lugar, potencia la falta de devolución que manifestaron sentir los psiquiatras, a la vez que los psicólogos no son incluidos en el armado de la estrategia de intervención *integral*. El joven por su parte, puede terminar siendo intervenido en simultáneo desde diversas perspectivas que incluso podrían contraponerse, lo cual empobrece la eficacia de su intervención y en consecuencia, se contribuye indirectamente a perpetuar la intervención farmacológica.

46 Ver Apéndice 1

En definitiva, todos los actores acuerdan que existe una prescripción abusiva de psicofármacos, pero el tema pareciera radicar dónde se produce el quiebre y cómo se asume la responsabilidad; o incluso qué entendemos por abusiva. Si bien los psiquiatras manifestaron que en tanto no se produzcan intoxicaciones en los sujetos no es abusiva, en el presente estudio entendemos abusiva a la intervención con psicofármacos por constituir de los niveles más altos registrados en la infancia uruguaya, y constituye una intervención que podría minimizarse en su cantidad y duración, evitando daños cerebrales a largo plazo (Angell, 2011a) y subjetividades dependientes (Frances, 2014; Preciado, 2013); a la vez que dicho cambio traería aparejado construcciones subjetivas más positivas de sí. La tarea educativa y simbólica en la restitución de derechos, debería contemplar el desarrollo del joven en el aprendizaje del establecimiento de otros vínculos, no violentos y reparadores. Los psicofármacos gestionados de esta manera parecen anular el sentimiento de capacidad de control de sí, construyendo cuerpos fundamentalmente adictos en su desarrollo y constitución subjetiva (Preciado, 2013).

La prescripción de psicofármacos opera entonces invisibilizando otros análisis que comprendan el funcionamiento del hogar y el lugar social brindado a los adolescentes internados en estos centros. Ubicar únicamente el problema en el control del joven, repercute en un reforzamiento donde nadie parece cuestionarse su propia gestión ni el dispositivo encomendado. De esta forma, ni los psiquiatras, ni los hogares ni el educador que solicita el servicio psiquiátrico se cuestiona a sí mismo en su intervención, depositando la culpa en el *otro* que continúa el engranaje. Todos culminan operando sobre la emergencia, *apagando incendios* y justificando irregularidades por las condiciones en las que se encuentran en estos hogares. Y generalmente el lugar social del “*descompensado*” lo ocupa el joven; pero no necesariamente por ser quién más lo precise, sino que constituye el más violentado socialmente y al cual pareciera temerse.

Es necesario destacar que a pesar de minimizar su voz en la consulta psiquiátrica, los jóvenes entrevistados han relatado cómo desarrollaron estrategias eficaces para poder dejar los psicofármacos: todos ellos planteando recursos propios que le hicieran ver a sus cuidadores que otras formas de control de sí eran posibles. De esta manera, una joven solicita terapia sin que nadie se la ofreciera en la institución, mientras que el segundo espera a *egresar* para poder dejarlo (ya que mientras vivió en hogares era obligatoria su adhesión). Estos jóvenes pudieron problematizar los motivos que lo llevaron a su consumo y pudieron desarrollar estrategias para dejarlo oportunamente. Lo sorprendente, es que en todas las situaciones tuvieron que convencer al adulto de que *no* la precisaban. Este escenario convierte a la capacidad *de salud* del joven, en

la excepcionalidad institucional que necesita ser demostrada.

Cabe destacar que en esta investigación no se pretende desestimar las reacciones violentas que muchos jóvenes pueden tener a la interna de los hogares, pero sí cuestionar la masividad y la naturalización de la intervención con psicofármacos como la única forma de operar. Como ejemplo, su tiempo de ocio es valorado como excesivo por todos los actores entrevistado y son también explícitas las consecuencias negativas que resultan para el joven; construyendo subjetividades que mantienen escasas herramientas necesarias para sostener un proceso de autonomía a su egreso. Y sin embargo, son necesarios más psiquiatras que apacigüen el ocio manejado y sus manifestaciones de “aburrimiento”. En el mismo sentido, son solicitados antidepresivos para una niña que realiza un duelo, en vez de procurar otros espacios de elaboración del mismo. En definitiva, varias prescripciones aparecieron significadas *por las dudas*. ¿Dudas de qué? ¿A qué remiten los peligros de no prescribir psicofármacos?

Los adolescentes internados en los hogares, en muchas ocasiones provienen de familias desintegradas, expulsadas socialmente y obligadas a vivir en las periferias (Bustelo, 2007). Una psiquiatra explica:

Q1: *-(...) en esa situación, el chiquilín entra en la falta de, de algo que lo sostenga, entonces, eh, se desorganiza. Aparecen más trastornos destructivos, más problemas con la transgresión a los límites, más necesidad de que alguien te mire y te sostenga, por lo tanto de ahí en más, angustias. Y bueno, y eso termina medicado, esa situación termina medicada. ¿Y está bien o mal medicada? Está mal que haya llegado a esa situación. Una vez que está instaurada hay que cortar el círculo, porque ese chiquilín sino se sigue hundiendo. Porque ese chiquilín que llegó a los siete ocho años, en esa situación de desestructura, ¿no?, y de vacío (...) de contenidos que permiten ordenar el aparato psíquico, ese chiquilín está desbordado por la angustia. ¿Qué uno tendría que pensar en dispositivos de atención que lo ayudaran? Si. Y que yo creo que ni la escuela, ni los hogares de amparo, ni el liceo.... En realidad los sistemas no se acomodaron al cambio de situación, y no generaron dispositivos de sostén que permitan evitar la llegada a la medicación, ¿ta?*

La medicación así presentada, responde al estallido y vacío institucional que mantienen las instituciones productoras de infancia (Duschatzky & Corea, 2009). Estas instituciones parecen sentir al adolescente como preexistente en su fallo, en su descomposición, y se otorgan a sí mismas el espacio de meros agentes de asistencia y resguardo, invisibilizando su capacidad

instituyente y productora de subjetividad (Corea & Lewkowitz, 1999). Es necesario para ello, desnaturalizar las percepciones actuales sobre la adolescencia que generan políticas que las justifican.

E1: -Porque si lo traen de la calle es porque o tiene malas costumbres, o está enviciado con algo o que tiene cosas para corregir, porque si el botija salvo que sea por abandono, por otras circunstancias ¿por qué va a ir al INAU?

El adolescente vulnerado entonces es internado en tanto tiene cosas para corregir de sí, continuando la culpabilización que los mismos adolescentes traían en relación a su motivo de ingreso (Ver 2.2). Esta responsabilización de la situación en la que se encuentran estos jóvenes y niños, reproduce la violencia que ocasionó su ingreso y opera justificando determinados abusos en la prescripción y el consumo de psicofármacos. De esta manera, las condiciones de pobreza se asocian a la violencia y esto, a patología mental.

E1: -(...) una vuelta lo acompañé, el papá vivía en un rancho, ¡vos no sabés lo que era! Un tipo alcohólico, de esos medio matón ¿viste? Vivía allá en el medio de un campo, en un callejón, en un rancho que eran 4 chapa', robando luz y... Tétrico, como pa' que el gurí no sea psiquiátrico y ser violento ¿no?

La violencia aquí no es visualizada en tanto producto social y en consecuencia la terapéutica que se ofrece responde a la categoría de enfermedad mental. Esta asociación a su vez, responde a una lógica entre condicionantes sociales como pobreza, abandono familiar, alcoholismo y las consecuencias patológicas o desviadas, provenientes del paradigma Tutelar y aún vigentes en algunos operadores de atención directa.

Q2: -Para mi están estigmatizados. Ya son niños problema, hay una dificultad para el manejo de la angustia, quizás hasta por temas personales del personal, quizás una contratransferencia que se haga, y que lleve a que no puedan manejar que rápidamente se cae en una consulta con el psiquiatra. Entonces, vos el informante que tenés, es el educador que tenés en la cotidianeidad. O te volvéis muy paranoico y dudas de todo lo que te dice, o le terminás creyendo.

Los educadores, quienes solicitan y demandan la atención psiquiátrica para el joven, tampoco constituyen referentes de confianza para el psiquiatra y aún considerando todo esto, son generalmente medicados: *o te volvéis muy paranoico, o medicás*. Formalmente sin embargo, la intervención con psicofármacos parece responderse por la expulsión social vivida del adolescente, y tiene como intención la generación de una circulación social mínima gratificante; cortándole la

explosión agresiva permanente y disminuyendo así el rechazo institucional que lo rodea, dentro del cual INAU es solamente una parte.

Q1: *-(...) Y no hay que privarlos de eso cuando realmente les puede este... Les puede cambiar como el futuro no solamente inmediato. ¿Entendés? Un chiquilín que tiene trastorno de conducta, que tiene ¿no? una inquietud, irritabilidad, un cuadro depresivo, pero vuelve a estar inquieto, que tiene trastornos en el sueño, es un chiquilín que se le empieza a entreverar toda la vida, rinde mal en la escuela porque está cansado porque durmió mal. Está irritable, se pelea con los compañeros en la escuela, se pelea en el hogar, después no lo invitan a los cumpleaños porque es el que se porta mal, es el del INAU y después para el campamento y tampoco lo quieren llevar al campamento ¿entendés? (...)*

Inv -Comienza como un proceso de exclusión social

Q1 *-Se confirma. (...) Se termina de confirmar. La institución te termina de decir que estás fuera, ¿ta? entonces es horrible que yo haga una información como que eso esté directamente vinculado a una medicación psiquiátrica, pero yo creo que sí, que perversamente termina siendo más saludable una buena medicación oportuna, dosificada, controlada...(…) que el daño que le va a causar el no tomarla porque todos los demás lo van a tomar.(…) No están preparados para él, entonces ¡es horrible lo que estoy diciendo! vale más una pastilla que la gente (...)*

Estas instituciones sin embargo, invisibilizan que existe una producción de infancia consecuente, psiquiatrizada y potencialmente adicta.

Q1: *-Entonces, si yo dejo al chiquilín en esa situación, lo estoy exponiendo a seguir sufriendo y a riesgos. Porque en realidad, la expulsión, el rechazo, ¿no? (...) Termina generando autoestima disminuida, trastornos de per...., más rabia, más bronca que es lo que después uno dice, bueno, este, no tiene nada que ver pero sí, hablando de la baja de la edad, ¿no? Y ésta cuestión.*

En la equivocación involuntaria marcada con subrayado, explicita lo último no dicho: la expulsión genera patología (de León et al., 2013). A su vez, si adherimos a lo que esta psiquiatra viene exponiendo: la expulsión genera patología porque no hay institución que pueda con esas situaciones. Este planteo, se asocia al antecedente brindado que anuda una mayor medicalización ante situaciones de mayor vulnerabilidad social (Cannellotto & Luchtenberg, 2010). En simultáneo, este engranaje se corresponde a las percepciones que los jóvenes realizaron de sí a partir de lo devuelto en sus años de vida previos e institucionales. En el correr de las entrevistas, se fueron

definiendo a sí mismos como: *manipulador, orgulloso, calculador y complicado de laburar*. Estas devoluciones fueron realizadas por otros adultos -trabajadores del INAU- y las trajeron a las entrevistas en tanto sintieron que los marcaron en su tránsito y en la constitución de su subjetividad, ya que ellos mismos se definían desde allí. Los mecanismos subjetivos consecuentes desplegados por parte de los jóvenes para relacionarse a la interna de los centros, responden también a una lógica de *sobrellevar* el hogar: a las preguntas relacionadas a abusos o posibles irregularidades, se obtuvo como respuesta mecanismos evasivos: “*yo nunca estaba*” y “*yo estaba fuera de esa realidad*”, evadiendo y con ello soportando las situaciones angustiantes que estar allí implicaba.

J2: *-No le pido nada a nadie, sino te gusta date media vuelta....la vida es así lamentablemente. No espero ni busco nada de nadie. Al contrario, yo de la gente espero la peor mierda. En vez de esperar una gotita de mierda, espero un camión de mierda. (...) Y después que pasa, después me salpica una gotita y no es nada, es bueno. Cómo yo esperaba un camión...ya no es como antes, viste?*

Estos últimos fragmentos representan una construcción subjetiva adolescente desde lo carente, teniendo como mecanismo defensivo la evasión y la provocación; y manteniendo la expectativa de un encuentro con el otro desde la frustración, el ataque y la defensa. Estas construcciones también pueden responder a la lógica del psicofármaco como solución a sus angustias: es la expresión de no poder por sí mismo, es evitar el contacto con la emoción y es generar vínculos desde esa desconfianza; lo cual parece ser similar a lo descrito en el funcionamiento institucional.

J2: *-(...) Allá, cuando estaba con una mina...aparecía (Educadora). ¡(Nombre), la Medicación! (...) ¡Y yo la quería matar! Cuando hacia eso era para matarla. Yo después se lo cuestioné eso.(...) Yo me sentía re- enfermo mental, toma medicación. O mirá: Y los gurises del hogar, toman medicación, todos enfermitos.*

La patología trabajada únicamente de forma medicamentosa, genera subjetividades enfermas consecuentes; de acuerdo a la propuesta de análisis del poder en un sentido foucaultiano, donde las disciplinas deben estudiarse a partir de sus consecuencias, no de sus fundamentos (Foucault, 1983). Se propone entonces dejar de entender que este sentir debe minimizarse por ser un adolescente *en crisis* (Chaves, 2010), por entender que sus amores son infantiles o porque no comprende los fundamentos de la psiquiatría. Aquí se explicita una necesidad de replantearse la tarea educativa simbólica, reflexiva y constructiva, para fomentar una subjetividad más autónoma en los adolescentes; y comprender que la figura creada del abandono relacionado a un potencial

transgresor, corresponden al paradigma tutelar y generan políticas indiferenciadas entre preventivas y fundamentalmente punitivas (Chaves, 2010; Morás, 2012). Alimentados por los medios masivos de comunicación, se genera un discurso de patología social que repercute en una juventud responsabilizada por las patologías sociales como el alcoholismo, la violencia y las drogas (Chaves, 2010). El imaginario del joven sin futuro (Chaves, 2010), genera imposibilidades de políticas consecuentes que los emancipen. De esta manera, la inacción de los hogares y la sedación de sus jóvenes, se traducen en adolescentes que se duermen en un intento de emancipación, boicoteando el mismo objetivo que su dispositivo de atención plantea.

Aquellos jóvenes medicados “innecesariamente”, podrán dejar la medicación apenas abandonen la institución y lo reparen con otros elementos. Los que no, deberán procurar otra sustancia que les ocasione la contención subjetiva que nunca aprendieron a obtener por sí mismos.

J2: -En un momento, caí en esa que después me di cuenta de que era todo psicológico, todo mental, de que “ay estoy todo deprimido, voy a tomar la Quetiapina” porque siempre la tenía ahí. Y yo la tomaba...pero después me di cuenta de que era un tema psicológico. Que uno pensaba, estoy deprimido y necesito la medicación, pero después me di cuenta de que no la necesitaba. La medicación era un método de seguridad falsa. Porque yo decía -¡Ah! Estoy deprimido, tomo la medicación y estaba así (sonrisa en su cara), pero después la dejaba de tomar y así (...) Después empecé a leer mucho...viene por ahí la cosa.

La psiquiatría basada exclusivamente en la prescripción de psicofármacos potencia aspectos adictivos en los jóvenes y genera una producción de enfermedad mental que contribuye a la permanencia o concreción de su situación de expulsión social (Corea & Lewkowitz, 1999). De esta manera, las formas gubernamentales actuales con estas poblaciones, mantienen determinados tránsitos institucionales en los márgenes (Fraiman & Rossal, 2011). La normalización como ideal debe dar paso a otros escenarios de mayor diversificación, trascender a la medicalización y aportar otras estrategias resistenciales subjetivas. En el pasaje citado, la institución le enseñó la asociación entre la tristeza y el psicofármaco; y solamente su búsqueda posterior redundó en un crecimiento subjetivo de sí, sintiéndose capaz de contenerse emocionalmente.

Hemos desarrollado también, la perspectiva donde se concibe a la infancia como el lugar donde el sistema asegura la reproducción de su ideología; por lo cual ese lugar es también el espacio para el cambio de lo instituido (Bustelo, 2007). Los centros de protección, constituyen uno de sus posibles escenarios donde brindar esa lucha. ¿Qué otros sentidos podemos encontrar respecto a

la prescripción de psicofármacos, relacionándolo a la percepción que se tiene de los adolescentes?

Una psiquiatra nos explica que antes de decidir realizar una intervención farmacológica:

Q1: -Debe colocar los costos y beneficios de cualquiera de las dos opciones. (...) Yo creo que por ahí viene parte del tema, donde en realidad, las familias sienten que no pueden, (...) la escuela no puede...entonces los chiquilines están en un vacío de sostén, y eso genera de alguna manera, patología. Entonces yo creo que en realidad, cuando se habla de psiquiatrización y medicalización hay una parte de la mirada. Mi mirada también tiene que ver con que sí hay una medicalización y psiquiatrización pero que estamos, como sistema social, enfermando a la infancia.

¿Cómo contribuir a modificar alguno de sus aspectos? Si el vacío de sostén de sus adultos durante su desarrollo genera una propensión al desarrollo de una patología, solamente el fármaco no lo va a poder reparar. En consecuencia, se convierte necesario construir nuevos referentes adultos -sociales e institucionales-, que le aporten a la construcción de un sostén afectivo sobre el cual estructurarse para crecer.

Q2: -Pasa que es difícil ser educador también. ¿No? Porque es difícil estar en, generando vínculo emocional con chiquilines digo, es una carga fuerte y el educador también precisaría de apoyo, de alguna manera o de algo que, que le permitiera analizar lo que está pasando; el educador se desborda también. (...) Es el que está en el choque permanente en él, con la emoción del chiquilín.

G2: -(...) El referente afectivo directo soy yo que tengo que poder poner un límite, que tengo que poder contener emocionalmente, si le tengo que dar medicación, que la da el médico, poder transmitirle que va a ser bueno, que va a ser bueno para él ¿no? O sea, eso requiere salud mental del que cuida, y no... Entonces, no lo tiene es que está en relación directa en general, digamos no tiene ese control, no tiene... No digo que no tenga ninguno salud mental, digo que no sé... Como que no se hace foco en eso.

La generación de espacios de cuidado, de reflexión y de capacitación podrían ser pistas por las cuales transitar con sus operadores de atención directa, minimizando con ello el impacto que recibe el joven. Además, se insiste en la necesidad de modificar los supuestos aún vigentes sobre la adolescencia desviada, criminal, patológica y violenta; y en entender que su tránsito institucional es aún construcción subjetiva potente y permanente (Bustelo, 2007), donde los hogares de protección constituyen escenarios privilegiados.

IV- DE CIERRES Y APERTURAS

Estos cierres no pretenden concluir o construir conocimientos absolutos y acabados, sino conformar puntos parciales que puedan aportar a otros conocimientos que quieran y puedan potenciarse desde aquí. Retomando entonces a las interrogantes iniciales planteadas, procuramos sintetizar aquí: ¿Qué aspectos se ponen en juego para culminar en una indicación de psicofármacos en los centros de protección de tiempo completo para adolescentes, en Montevideo? A partir del análisis de los datos cuantitativos, de los documentos relevados y de las entrevistas realizadas, se desprende lo siguiente:

A pesar de los cambios institucionales emprendidos en el pasaje de institucionalidad de INAME a INAU, éstos no han podido minimizar el índice de internación por protección como respuesta a una situación de vulnerabilidad social, siendo el más alto de la región (Comité de los Derechos del niño, 2014). Las acciones emprendidas dentro del Instituto han sido fundamentadas desde la *prevención* como estrategia principal, enmarcada en el Paradigma de Atención Integral. Sin embargo, como se desarrolla a continuación, esta perspectiva mantiene aún mecanismos vigentes que se encuentran asociados al paradigma Tutelar y que constituyen intervenciones específicas para una determinada adolescencia.

-Una priorización de los dispositivos de atención en Tiempo Parcial, donde el centro de atención integral de tiempo completo tiende a quedar relegado de pensarse en su especificidad. En consecuencia, se produce un desfondamiento de recursos humanos -en formación y en cantidad-, convirtiendo a estos centros en meros espacios disciplinarios y de resguardo. Su personal compuesto por educadores que responden a ambos Paradigmas de Infancia (Tutelar y de Protección Integral), genera diferentes valoraciones acerca de la población con la que trabajan y de lo esperable de su tarea. Este funcionamiento que engloba pocos recursos humanos, diversas perspectivas y pocos proyectos de trabajo que enmarquen la tarea, lo que repercute en una intervención sobre lo disciplinar y la emergencia. A su vez, la posibilidad de elaboración de estrategias educativas emancipadoras e integrales que procuren garantizar lo ratificado en la CIDN (UNICEF, 1989), dependen en este escenario de voluntarismos singulares y colectivos. En consecuencia, se dificulta la posibilidad de conformar equipos de trabajo y un proyecto educativo, a la vez que complejiza poder sostener otros espacios integrales de trabajo que trasciendan lo meramente disciplinar y la adquisición de habilidades básicas -comer, dormir, higiene-. Este escenario, dificulta la creación de un equipo de trabajo y potencia en el educador un sentimiento de impotencia y desprotección frente a su tarea, lo cual repercute en una mayor propensión a

solicitar la intervención con psicofármacos ante cualquier desajuste emocional del joven que lo desafíe en una lucha de poder (Foucault, 1983).

-Una priorización de la infancia sobre la adolescencia: Los adolescentes constituyen el 50% de su población atendida en la modalidad de tiempo completo por protección (Dominguez & Silva Balerio, 2014); y mantienen su forma de ingreso fundamentalmente a través del operador policial, lo cual podemos relacionarlo a un componente de seguridad pública (López & Palummo, 2013). Esta adolescencia generalmente de clase baja, permanece aún asociada a una peligrosidad que repercute en políticas que la condenan de modo pre- delinencial -mecanismo aún vigente del Paradigma Tutelar-. Las políticas diseñadas responden a estas creencias, produciendo intervenciones que apelan a un *control* del otro por encima de otra intervención terapéutica o educativa integral.

-La prevención en *salud mental*, asociada a la intervención psiquiátrica masificada al ingreso a la modalidad de atención de tiempo completo: La totalidad de la demanda del Departamento de Psiquiatría proviene de los centros de protección de tiempo completo y de las situaciones de ingreso. Esta perspectiva “*preventiva*” culmina asociando una situación de abandono o expulsión social a una *patología mental* –correlación asociada al Paradigma Tutelar-. Esto repercute en una culpabilización del joven por su misma situación de internación, reproduciendo la violencia que generalmente fundamentó su ingreso en un primer lugar. Es decir, opera colocando la responsabilidad en la *dolencia mental* del joven, lo cual justifica en alguna medida su abandono (Carpintero, 2011). Cabe destacar que la utilización a largo plazo de psicofármacos no solamente puede ocasionar alteraciones en la función neuronal (Angell, 2011a), sino que de acuerdo a lo relevado, actualmente en los hogares se tendería a cronificar sus tratamientos debido a las precarias condiciones en que son sostenidos -poca frecuencia, poco tiempo de consulta-. Por lo tanto, en relación a la pregunta: ¿Cuál es la relación entre la consulta psiquiátrica y la indicación de consumo de psicofármacos? Podemos enunciar que ésta se encuentra fundamentalmente asociada a la distribución de psicofármacos, con un desarrollo de poca empatía con los jóvenes y sin coordinación de otras posibilidades terapéuticas. El médico queda entonces asociado a un rol de promotor de consumo más que de profesional de la salud (Rodríguez Zoya, 2010). Se observó una desvalorización respecto de brindar un espacio terapéutico para el joven, apreciado en las irregularidades relatadas -medicación por teléfono, órdenes de internación en blanco, etc.-, como también en la elección del adulto acompañante a la consulta, el cual es seleccionado por ser el menos eficiente en el cotidiano del hogar y con frecuencia no puede dar cuenta del paciente (Ver 2.3.2). Por lo tanto, la prevención parece asociarse más a tecnologías de poder que utilizan la

biopolítica (Foucault, 2013) en tanto politización del cuerpo y gestión de la vida, anudada con la medicalización, lo cual genera efectos de normalización y de sanción de determinadas prácticas (Cannellotto & Luchtenberg, 2010) asociadas a la adolescencia fundamentalmente *pobre*.

Se retoma en este sentido el supuesto inicial que el funcionamiento del hogar de amparo contempla al dispositivo psiquiátrico como parte de su estrategia de intervención naturalizada sobre una determinada infancia y adolescencia; entendiendo que no existe hogar de protección actual que no tenga algunos jóvenes que actualmente consuman psicofármacos. Los niveles además, superan el promedio de la infancia uruguaya de un 30%, constituyendo un mínimo de un 46,6%. En consecuencia, se vuelve necesario continuar analizando el dispositivo psiquiátrico en su cruce con el dispositivo educativo de un hogar de protección. De lo contrario, se atribuye a razones de *salud mental*, situaciones sociales que corresponden a violencias familiares, sociales e institucionales vividas. La intervención psiquiátrica que funcione escindida de la intervención educativa, psicológica, etc., reproduce una creencia de que la enfermedad mental producida responde a una situación de salud mental- biológica, en contraposición a una respuesta reactiva del entorno -donde también se encuentran los hogares-. De esta manera la administración de psicofármacos tal como está operando culmina construyendo “*enfermos mentales*” potenciales (Foucault, 1983); y cuerpos en crecimiento que van deseando un psicofármaco que los regule (Preciado, 2013).

Retomando la pregunta ¿Qué percepciones mantienen los propios adolescentes de este proceso?, se destaca lo siguiente: Los jóvenes entrevistados, han distinguido entre buenos y malos hogares en función de las posibilidades de libre circulación que mantengan y del vínculo cercano que generen con los educadores del centro. Destacan dos escenarios que compensan la situación de internación y las situaciones violentas a las que fueron expuestos en los centros: el alejamiento de la situación de violencia previa y el poder adquirir confianza en un otro adulto donde poder confiar su sentir y con ello posibilitar una re-elaboración de lo vivido. Esta confianza la manifestaron sin embargo sumamente difícil de crear, aunque aparecieron como significantes para que se produzca: el vínculo cercano que el educador genere con el joven, el mantenimiento de la confidencialidad de su vida privada y la creación de un ambiente que promueva una vivencia positiva de sí.

Respecto del consumo de psicofármacos, destacan lo siguiente: Todos los jóvenes relataron de forma unánime haber sido invitados a su consumo en el primer centro donde estuvieron, sea por amenaza en una imposición de un límite de un educador, o por estar realizando un duelo por la

misma situación de institucionalización. A ninguno se les ofreció un espacio terapéutico u otra actividad que les aporte a su estado emocional. Para ellos, el psiquiatra ocupa aquella figura que te *controla y regula* cuando ellos no lo logran por sí mismos, relacionado fundamentalmente a una transgresión del límite con el educador. Identifican en este sentido, distintas modalidades de los educadores sobre la frecuencia de solicitud del servicio psiquiátrico, o acerca de la amenaza explícita de convocarlo, donde opera como un tercero *-el psiquiatra-* que pone el límite que no se logra respetar en esa negociación bipartita.

Como parte del currículum oculto institucional (Giroux, 1997), los jóvenes relataron que esta llamada se produce cuando el joven no respeta la autoridad educativa, pero también denota una falta de empatía en el vínculo educativo desarrollado entre el educador y el joven. En consecuencia, si el psiquiatra viene y no prescribe psicofármacos, el educador queda expuesto en su falta de autoridad pedagógica con su superior *-el director del centro-*. Los adolescentes relataron no solamente conocer este mecanismo, sino también usarlo cuando pretenden exponer al educador frente a su superior. Esta lucha de poder, ejemplifica cómo el psicofármaco remite a una lucha de poder relacionada con la cuestión educativa, más que respecto de una atención en salud mental del joven relacionada a factores etiológicos.

Una vez prescrito el psicofármaco, describieron en el servicio de policlínica poca escucha, poca comprensión y una pobre empatía desarrollada con el psiquiatra. Describen además una obligatoriedad de adhesión al tratamiento como condición de vivir en los centros de protección de tiempo completo; lo cual anuda con lo difícil que les resultó poder dejar de consumir los psicofármacos una vez que no consideraban necesitarlo. Para lograrlo, debieron convencer al adulto a cargo, lo cual muestra que lo *demostrable de sí* pareciera constituir su capacidad de salud, no su enfermedad; o dejándolos recién cuando egresaron del sistema hogares. Se visualizó además, como a partir del consumo sistemático de psicofármacos, adquirieron la asociación entre un sentimiento no placentero y la necesidad del psicofármaco, generando cuerpos potencialmente adictos para el sistema (Preciado, 2013); y solamente las estrategias que ellos mismos desplegaron, les permitieron adquirir otras asociaciones más saludables.

Como mecanismo resistencial a esta estrategia de lucha (Foucault, 1983), los jóvenes relataron formas de regulación grupal donde van permitiendo *-o no-* que alguno de sus compañeros o ellos mismos tiren la medicación, a pesar de estar indicada. Esto lo valoran en función del tiempo que se propongan dejarla- si es uno o varios días-, y del estado emocional del joven. En función de esta evaluación paralela acerca de la necesidad *"real"* del psicofármaco, deciden si comunicarlo o

no, al adulto a cargo. Aquí vemos el mecanismo gubernamental ejercido desde sus propios lugares, reproduciendo el poder psiquiátrico (Foucault, 2012a).

Por último, retomando el interrogante ¿Existen demandas de intervención en salud mental que no sean estrictamente psiquiátricas?, éstas aparecieron solicitadas desde los jóvenes fundamentalmente. Emergieron siendo ellos mismos los que debieron justificar a los adultos a cargo de los hogares, los motivos por los cuales demandaban ese tipo de intervención. El psicólogo del centro, como operador que podría intervenir en el diseño de estrategias de abordaje con los adolescentes, no parece constituirse como referente institucional para los jóvenes o para el colectivo de educadores. Además, los jóvenes lo remitieron al ejercicio del consultorio individual ligado a la autorización de la visita familiar y a realizar informes judiciales; asociado por último a ejercicios de violencia disciplinar respecto de la obligatoriedad de contarles su sentir. Esto, podemos relacionarlo al “*examen de conciencia*” cristiano y obligatorio (Foucault, 2011), a partir del cual ahora mantiene como castigo la posibilidad de suspender la visita familiar del adolescente, a pesar de ser un derecho ratificado en la CIDN (UNICEF, 1989).

Respecto del Servicio de Atención Psicológica, se mantiene estimativamente una demanda de un 30 o 40% proveniente de hogares, en contraposición a otros proyectos que no son de tiempo completo, de donde obtienen su mayor demanda. Los motivos de solicitud del servicio también son de comportamientos derivados de la violencia y los vinculan principalmente a su situación de institucionalización y abandono familiar. Por lo que, en función de lo expuesto, podemos decir que estas otras intervenciones están mínimamente solicitadas y realizadas, en el marco de lo que podrían ser encuentros potentes y emancipatorios de los adolescentes en desarrollo.

Líneas abiertas...

-A partir de lo relevado, queda abierta la necesidad de profundizar sobre la diversidad de estrategias desplegadas al interior de los centros de protección de tiempo completo. Es decir, problematizar específicamente cuáles serían los funcionamientos cotidianos de uno y otro centro, en relación al porcentaje de jóvenes que consumen psicofármacos. Este escenario nos permitiría problematizar aspectos de composición de equipo y de criterios educativos específicos en torno al dispositivo de atención de tiempo completo, repercutiendo en la necesidad o no de proporcionar psicofármacos a sus jóvenes. Dentro de este punto, es pertinente diferenciar los hogares oficiales de los pertenecientes a la División Convenio; y diferenciar a los hogares que atienden a la infancia respecto de la adolescencia. A su vez, sería pertinente indagar el funcionamiento del resto de territorio nacional, ya que la División Salud -y su Departamento de Psiquiatría- se encuentra únicamente en Montevideo. Otros departamentos en consecuencia consultan a los servicios públicos, lo cual podría significar que la política de salud de INAU (en tanto la División Salud) es fundamentalmente psiquiátrica, o si de lo contrario constituye un enfoque demandado desde el interior de los hogares a lo largo del territorio nacional.

-Resulta pertinente un análisis que indague las prácticas psicológicas en los centros de protección integral de tiempo completo con sus diferentes enfoques, perspectivas y resultados. La indagación de acuerdo a lo relevado, se sugiere contemplarlo a partir de las voces de los mismos jóvenes y del equipo de trabajo, además del psicólogo en particular. Este aspecto podría relacionarse también al nivel de los NNA mantenidos en tratamiento psiquiátrico, como también en relación a la integración respecto del equipo de trabajo.

-Resulta necesario por último, indagar este fenómeno a la luz de epistemologías feministas que problematicen esta temática en relación al *género y condición social*. La construcción de género ha sido una variable que emergió durante las entrevistas y que delimita cuando menos, formas de intervención educativas en los centros de protección, relacionadas a lo *esperable socialmente* de cada uno. En la presente tesis se utilizó en la escritura el genérico masculino por motivos de economía y simplificación lingüística, sin por ello dejar de enunciar aquellas narrativas que distinguieron lo esperable para cada género. Cabe destacar sin embargo, que una perspectiva académica que no mantenga determinados reparos al respecto, puede redundar involuntariamente en una reproducción de los estereotipos de géneros hegemónicos. ¿Qué políticas de género se encuentran implícitas en el funcionamiento cotidiano de los hogares y cuál es su relación con la intervención psiquiátrica? De este estudio se desprende que aún operan

modelos educativos asociados a una construcción de género hegemónica, invisibilizada en sus relatos. Retomando a Beatriz Preciado (2013), la producción farmacológica también está asociada a la producción de una determinada *femineidad y masculinidad*, en función de lo valorado socialmente para cada uno. En este sentido, la adolescente mujer fue la única entrevistada que solicitó y asistió a terapia para abandonar su tratamiento farmacológico, lo cual se relaciona a la historización de la mujer como encargada del cuidado médico de sí y de su entorno. Asimismo, las dos mujeres relevadas mantienen consultas e internaciones relacionadas a la violencia contra sí; en contraposición a varones que manifiestan conductas relacionadas a la heteroagresividad. Si bien este dato no coincide con su antecedente del centro de reclusión femenino -que demanda psicofármacos mayormente por sedación (López Gallego, 2011)-, deja abierta una línea posible de análisis.

Finalmente, es necesario destacar que el presente trabajo se define como un cierre temporal de un camino que ha partido de diversos procesos personales, profesionales y académicos; y se ha nutrido de otros investigadores y profesionales. En este sentido, su fin constituye únicamente un punto y aparte; pretendiendo invitar a otros académicos y profesionales, a generar nuevas interrogantes y multiplicaciones académicas, desde una perspectiva disciplinar políticamente comprometida con la desnaturalización de territorios totalizantes.

V- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, V., & Scharf, D. (2014). Menores y psicofármacos. Responsabilidad estatal en la importación de medicamentos y su uso en centros de reclusión. *La Ruta de Las Canicas: Psicofármacos, Niñez Y Adolescencia*. 28–34.
- Agamben, G. (2010). *Estado de excepción. Homo sacer II, tomo 1*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- Amarante, P. (2006). *Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.
- American Psychiatric Association, (APA). (2002). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Andréu Abela, J. (2001). Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada. Granada. Recuperado de <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- Angell, M. (2011a). The epidemic of Mental Illness: Why? *The New York Review of Books*, 23 June. Recuperado de <http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jun/23/epidemic-mental-illness-why/>
- Angell, M. (2011b). The illusions of Psychiatry. *The New York Review of Books*, July 14. Recuperado de <http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jul/14/illusions-of-psychiatry/?pagination=false&printpage=true>
- ANUV. (n.d.). Declaración de los Derechos del Niño 1924. Ginebra 1924. Retrieved March 15, 2015, from [http://ojd.org.do/Normativas/Penal/NNA/Instrumentos internacionales/Declaracion de Ginebra 1924.pdf](http://ojd.org.do/Normativas/Penal/NNA/Instrumentos_internacionales/Declaracion_de_Ginebra_1924.pdf)
- Aranda Brito, L. (n.d.). El concepto de práctica en Foucault. Recuperado de https://www.academia.edu/5080324/El_concepto_de_pr%C3%A1ctica_en_Foucault
- Ariès, P.; Duby, G. (2001). *Historias de la Vida Privada. V.4 De la Revolución Francesa a la Primera Guerra*. Madrid: Santillana.
- Barrán, J. P. (1999). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 3. La invención del cuerpo*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J. P. (2008). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay. La cultura "bárbara". El disciplinamiento*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J. P., Caetano, G., & Porzecanski, T. (2004a). *Historias de la Vida Privada del Uruguay Tomo 2. El nacimiento de la intimidad. 1870-1920*. Montevideo: Taurus.

- Barrán, J. P., Caetano, G., & Porzecanski, T. (2004b). *Historias de la Vida Privada del Uruguay. Tomo 3. Individuo y soledades 1920-1990*. Montevideo: Taurus.
- Beloff, M. (1999). Protección integral de los derechos del niño y de la situación irregular: un modelo para armar y otro para desarmar. *Justicia Y Derechos Del Niño*, 1, 9–22. Recuperado de http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_PEJusticiayderechos1.pdf
- Bielli, A. (2012). *La introducción de los antidepresivos en Uruguay (1950-2000). Transformaciones de los saberes psicológicos*. Montevideo: CISC.
- Bourdieu, P. (2002). La “juventud” no es más que una palabra. En *Sociología y cultura* (pp. 163-173). México: Grijalbo, Conaculta. Recuperado de http://recursos.udgvirtual.udg.mx/biblioteca/bitstream/123456789/1867/1/La_juventud_no_es_mas_que_una_palabra.pdf
- Bustelo, E. (2007). *El recreo de la infancia. Argumentos para otro comienzo*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Cannellotto, A., & Luchtenberg, E. Coord. (2010). *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades*. Buenos Aires: USAM.
- Carpintero. (2011). *La subjetividad asediada. Medicalización para domesticar al sujeto*. Buenos Aires: Topia.
- Castel, R. (2009). *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*. Buenos Aires: Paidós.
- Castro, E. (2008). *Giorgio Agamben. Una arqueología de la potencia*. Buenos Aires: UNSAM.
- César, J. M., Hebert da Silva, F., & Gastalho de Bicalho, P. P. (2013). O lugar do quantitativo na pesquisa cartográfica. *Fractal*, 25, 357–372.
- Chaves, M. (2010). *Jóvenes, territorios y complicidades. Una antropología de la juventud urbana*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Comité de los Derechos del niño. (2014). *Informe alternativo del cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño en Uruguay*. Montevideo: Inédito.
- Corea, C., & Lewkowitz, I. (1999). *¿Se acabó la infancia? Ensayo sobre la destitución de la niñez*. Buenos Aires: Lumen/Hvmanitas.
- de León, N.; Davyt, F.; Rial, V. y otros. (2003). Condiciones de vida y redes de pacientes psiquiátricos en situación de calle. En *VI Jornadas de Psicología Universitaria: la Psicología en la realidad actual*. Montevideo: Psicolibros.

- de León, N. (Coord). (2013). *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental*. Montevideo: Psicolibros/ Waslala.
- De Martino, M., & Gabín, B. (1998). *Hacia un enfoque integral de la minoridad infractora*. Montevideo: Carlos Alvarez.
- De Martino, M., & Vecinday Garrido, L. (2011). Notas sobre nuevas formas de gestión de la pobreza: individualización, informatización y responsabilidad familiar de los problemas sociales. *Tend. Ret*, N°16, 33–42.
- Domínguez, P., & Silva Balerio, D. (2014). *Autonomía anticipada. Tramas y trampas del egreso de adolescentes institucionalizados por protección*. Montevideo: UNICEF, La Barca. Recuperado de http://www.unicef.org/uruguay/spanish/Autonomia_anticipada.pdf
- Donzelot, J. (1990). *El policía de las familias*. España: Pre-textos.
- Donzelot, J. (1998). El complejo tutelar. Recuperado de http://www.fepra.org.ar/docs/salud_mental/El_complejo_tutelar.pdf
- Duschatzky, S., & Corea, C. (2009). *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Erosa, H. (2000). La construcción punitiva del abandono. En Beloff, Cillero, Herrera, & Pinto (Eds.), *Justicia y Derechos del Niño* (Vol. N°2, pp. 139–159). Buenos Aires: UNICEF. Recuperado de http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_PEJusticiayderechos2.pdf
- Feixa, Carles (1997) “Antropología de las edades” en J. Prat & A. Martínez (eds). *Ensayos de Antropología Cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Barcelona: Ariel. Disponible en Biblioteca virtual de ciencias sociales www.cholonautas.edu.pe
- Ferrari, Couso, & Cillero. (2002). *Internación en niños. ¿El comienzo de un fin? Crisis de los internados y transformación de las políticas de infancia en España, Italia y Cono Sur*. Santiago de Chile: UNICEF.
- Foucault, M. (1976). Historia de la medicalización. *Segunda conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en Instituto de Medicina Social*. Recuperado de http://es.slideshare.net/jorge_p/historia-de-la-medicalizacion-michel-foucault
- (1983). El sujeto y el poder. En *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. (pp. 241–259). Buenos Aires: Nueva Visión.
- (1999). *Los anormales*. Curso en Collège de France (1974-1975). Buenos Aires:

- Fondo de Cultura Económica.
- (2000). *Defender la sociedad*. Curso en Collège de France (1975-1976). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2002). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2011). *Seguridad, territorio, población*. Curso en Collège de France (1977-1978). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2012a). *El poder psiquiátrico*. Curso en Collège de France (1973-1974). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2012b). *Nacimiento de la biopolítica*. Curso en Collège de France (1978-1979). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2013). *Historia de la sexualidad 1. La voluntad del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fraiman, R., & Rossal. (2011). *De calles, trancas y botones*. Montevideo: Ministerio del Interior.
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2008). Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser, 25–36. Buenos Aires. Recuperado de http://www.intercanvis.es/pdf/20/n20_art02.pdf
- García Méndez, E., & Carranza, E. (1990). *Infancia, adolescencia y control social en América Latina*. Buenos Aires: Depalma.
- Giroux, H. (1997). *Teoría y Resistencia en Educación*. México: Siglo XXI.
- Goffman, E. (2009). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- INAME. (2002). Resolución N°652/002. Programa de Prevención y Promoción Comunitaria. Programa de Amparo y Convivencia. Modalidades de atención: Proyectos de atención en tiempo completo. Montevideo. División Convenios. Montevideo: Inédito.
- INAU. (2006). Propuesta de reorganización institucional. Montevideo: INAU. Recuperado de <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/biblieducadores.htm>
- INAU. (2008a) Resolución N° 2022/008 SP/sp. Reglamento general de Convenios. Montevideo: Inédito.
- INAU (2008b) Perfil: Centros de atención integral para niños, niñas y/ o adolescentes. Nivel de

atención I. Programa de evaluación y supervisión de centros de protección integral de tiempo completo. División convenios. Montevideo: Inédito.

INAU. (2009). Presupuesto del quinquenio 2010-2014. Recuperado de

<http://www.inau.gub.uy/index.php/aspectos-presupuestales>

INAU. (2010). Resolución N° 474/010. Perfil de Centros de atención integral para niños, niñas y adolescentes – Nivel de atención I. Programa de evaluación y supervisión de tiempo completo y especializados. Montevideo: Inédito.

INAU. (2012). Resolución N°1074/012. Proyecto de Reglamento de Acogimiento Familiar.

Montevideo. Recuperado de <https://app.box.com/s/468dc54efced2cb77ff6>

INAU. (2014a). Centros de atención integral a niños, niñas y adolescentes. Retrieved March 12, 2015, from <http://inau.gub.uy/index.php/ninerz/centros-de-atencion-integral-a-ninos-ninas-y-adolescentes>

INAU. (2014b). Departamento de Orientación e Inserción Laboral. Retrieved March 12, 2015, from

<http://inau.gub.uy/index.php/adolescencia/dpto-de-orientacion-e-insercion-laboral>

INAU. (2014c). División Atención Integral a la Familia (DAIF). Retrieved March 12, 2015, from

<http://inau.gub.uy/index.php/institucional/oficinas-de-inau/division-atencion-integral-a-la-familia-daif>

INAU. (2014d). División Estudio y Derivación. Retrieved March 12, 2015, from

<http://www.inau.gub.uy/index.php/ninerz/item/1826-division-estudio-y-derivacion>

INAU. (2014e). División Salud. Retrieved March 12, 2015, from

<http://inau.gub.uy/index.php/institucional/oficinas-de-inau/division-salud>

INAU. (2014f). Proyecto Tribal. Retrieved March 12, 2015, from

<http://www.inau.gub.uy/index.php/ninerz/item/1836-proyecto-tribal>

INE. (2011). Resultados del Censo de Población 2011. Recuperado de

<http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/analisispais.pdf>

JIFE. (1998). Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

correspondiente a 1997. Viena. Recuperado de

https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR1997/AR_1997_S.pdf

Kastrup, V. (2007). A invenção de si e do mundo – uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição. Campinas, San Pablo: Papirus.

Lazzarato, M. (2010). *Políticas del acontecimiento*. Buenos Aires: Tinta Limón.

- Ley 16.137 Convención sobre los derechos del Niño. (1990). Montevideo. Recuperado de <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=16137&Anchor=>
- Ley 17.823 Código de la niñez y la adolescencia. (2004). Montevideo. Recuperado de <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17823&Anchor=>
- Ley 18. 590 Código de la Niñez y la Adolescencia. (2009). Montevideo. Recuperado de <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18590&Anchor=>
- Leopold, S. (2002). *Tratos y destratos. Políticas públicas de atención a la infancia en el Uruguay (1934-1973)*. (Tesis de Maestría). Universidad de la República del Uruguay. Recuperado de <http://www2.convivencia.edu.uy/web/wp-content/uploads/2013/12/Tratados-y-Destratados.pdf>
- Llobet, V. (2008). *¿Fábricas de niños? Las instituciones en la era de los derechos de la infancia*. Buenos Aires: Noveduc.
- López Gallego, L. (2011). Géneros de encierro: cuando las adolescentes son las “internadas.” En *X Jornadas de Investigación en Facultad de Ciencias Sociales, Udelar*. Montevideo.
- López, A. & Palummo, J. (2013). *Internados*. Montevideo: UNICEF. Recuperado de http://www.unicef.org/uruguay/spanish/Internados_web.pdf
- Madres de Internos denuncian malos tratos y sobremedicación en el INAU. (2009, setiembre 1°). *Últimas Noticias*. Recuperado de <http://www.ultimasnoticias.com.uy/hemeroteca/010909/prints/act18.html>
- Magalhaes, K. (2012). O devir-criança como potência na invenção de novos possíveis no encontro entre a psicologia e a infância. (Tesis de Maestría). Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Marradi, Archenti, & Piovani. (2007). *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Emecé. Recuperado de http://www.formarseadistancia.eu/biblioteca/metodologia_de_las_ciencias_sociales.pdf
- Míguez Passada, M. N. (2012). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos.
- Molas, A. (2012). *La Bajada de la Política: Derechos humanos de Adolescentes víctimas de violencia*. (Tesis de Maestría) Universidad de la República. Montevideo.
- Morás, L. E. (2012). *Los hijos del estado. Fundación y crisis del modelo de protección-control de menores en Uruguay*. Montevideo: SERPAJ.
- OMS. (2003). Informe sobre la salud 2003. Recuperado de http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf

- ONU. (1959). Declaración de los Derechos del Niño. Recuperado de <http://www.humanium.org/es/declaracion-de-los-derechos-del-nino-texto-completo/>
- Palummo, J. (2009) Justicia y Exigibilidad de los Derechos. Análisis de las facultades, ventajas y limitaciones del Poder Judicial para incidir sobre la formulación de políticas públicas a través de un caso. *Publicación del Colegio de Abogados del Uruguay*. N° 163. 29-32.
- Passos, E., Kastrup, V., & da Escóssia, L. (2009). *Pistas do Método da Cartografia. Pesquisa-intervencao e producao de subjetividade*. Rio de Janeiro: Sulina.
- Pedernera, L. (2011). Dossier “Educación y Derechos Humanos”. Las heridas de la infancia: pobreza, criminalización y paternalismo. *Revista Del Departamento de Pedagogía, Política Y Sociedad Del Instituto de Educación de La FHUCE, N°1*, 33–45. Recuperado de http://pedagogica.fhuce.edu.uy/images/numero1/rp_1_d_pedernera.pdf
- Pinheiro, P. S. (2006). *Informe mundial sobre la Violencia contra Niños y Niñas*. Recuperado de http://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia.pdf
- Platt. (1997). *Los salvadores del Niño*. México: Siglo XXI.
- Portillo, J. M. (1987). Crónicas del Hospital Dr. Pedro Visca. Recuperado de <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/visca.pdf>
- Preciado, B. (2013). *Testo yonqui*. Barcelona: Espasa.
- Reguillo, R. (2012). *Culturas Juveniles*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative Research Practice. A Guide for Social Science Students and Researchers*. London: Sage.
- Rodriguez Zoya, P. (2010). La medicalización como estrategia biopolítica. *A Parte Rei. Revista de Filosofía*, 70, 1–27. Recuperado de <http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei>
- Rose, N. (2012). Gobernar la conducta en la época del cerebro. En *Conferencia en el marco del III Coloquio Latinoamericano de Biopolítica, Universidad Pedagógica (UNIPE)*. Buenos Aires. Recuperado de <https://vimeo.com/30064547>
- Silva Balerio, D. (2012). De la pedagogía de lo represivo a una pedagogía de la composición. *Revista de Educación Social*, 15. Recuperado de http://www.eduso.net/res/pdf/15/repre_res_15.pdf
- Sisto, V. (2008). La investigación como una aventura de producción dialógica: La relación con el otro y los criterios de validación en la metodología cualitativa contemporánea. *Psicoperspectivas*, VII, 114–136. Recuperado de

<http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/54/54>

Tedesco, S. H., Sade, C., & Vieira Caliman, L. (2013). A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. *Fractal, Rev. Psicol.* vol.25 no.2, 299–322. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000200006>

UNICEF. (1989). Convención sobre los derechos del niño. Recuperado de [http://www.unicef.org/panama/spanish/convencion\(3\).pdf](http://www.unicef.org/panama/spanish/convencion(3).pdf)

UNICEF. (2007). UNICEF en Uruguay. Para toda la infancia Salud, Educación, Igualdad, Protección. Así la humanidad Avanza. Recuperado de http://www.unicef.org/uruguay/spanish/UNICEF_en_Uruguay.pdf

UNICEF. (2013). La situación de los niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de américa latina y el caribe. *Protección de La Infancia*, 1–67. Recuperado de http://www.unicef.org/lac/La_situacion_de_NNA_en_instituciones_en_LAC_-_Sept_2013.pdf

Vázquez Sixto, F. (1996). *El análisis de contenido temático*. Barcelona: Universitat.

Wetherell, M., & Potter, J. (1988). El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos. Recuperado de <http://gemma.atipic.net/pdf/326AD10405.pdf>

APÉNDICE I

Organigrama de Divisiones de INAU relativas a esta investigación.

INAU	Directorio	Dir. Gral.	División Estudio y Derivación	Atención a NNA y familias		
				Línea Ciudadana		
			División Atención Integral a la Familia	D.A.S.E		
				Orientación e Inserción Laboral		
			División Salud	Servicios Médicos		
				Servicio de Apoyo Médico		
				Psiquiatría		
				Adicciones		
			Dpto. de Acogimiento Familiar			
			Dpto. de Trabajo Social			
			Dpto. de Legitimación Adoptiva y Adopción			
			Dpto. de Psicología			
			Coordinación SIPIAV			
			División Convenios	Evaluación y Supervisión de Proyectos Tiempo Parcial y Especializados		
				Evaluación y Supervisión de Proyectos Tiempo Completo y Especializados		
				Contralor Jurídico-Financiero-Contable		
División Integral a la infancia y a la adolescencia	Espacio Infancia					
	Espacio Adolescencia					
	Espacio Familiar					

Breve descripción del Organigrama Institucional:

-División de Estudio y Derivación: Es la primera atención que brinda INAU. Esta división elabora un diagnóstico situacional del NNA o familias que ingresan al Instituto, derivando al servicio correspondiente -el cual puede ser un centro de atención en tiempo parcial, ayudas a las

familias, o un centro de protección integral-. Funciona además como ingreso institucional de todos los ingresos a tiempo completo de INAU: comprende situaciones de privación de libertad, de medidas cautelares, de ingreso por sola voluntad del NNA, por medida de protección por resolución judicial, etc.

A unos metros del DED, se encuentra el único hogar que funciona como centro de ingreso, de atención transitoria: **Tribal**. Este centro de tiempo completo, recibe NNA entre 7 y 17 años que soliciten amparo desde el Poder Judicial, o vinculados a proyectos y operadores del INAU, o para aquellos NNA ingresados que estén a la espera de la resolución judicial definitiva. Además, en este centro se realiza el estudio primario de una situación que ingrese por disposición judicial para ser protegidos en régimen de 24 horas o bien, NNA con disposición judicial de retorno a sus familias.

-División Atención Integral a la Familia:

Departamento de Apoyo Socio-Económico (DASE). Brinda apoyo socioeconómico a familias y niños vinculados a los proyectos institucionales de INAU. Para esto, el Programa tramita y administra fondos de peculios y/o pensiones de los niños, niñas y adolescentes hasta su reintegro familiar o su egreso definitivo. A su vez, realiza el monitoreo del impacto de las ayudas

Orientación e Inserción Laboral: Orienta, capacita y promueve la inserción de todo adolescente, entre 16 y 18 años, que demande atención así como a las familias o referentes.

-División Salud: Comprende servicios médicos y especializados que brindan una atención en salud a NNA, con el fin de garantizar el desarrollar pleno de todas sus capacidades biopsicosociales. Se define por tener criterios técnicos de intervención desde un marco multidisciplinario, desde una visión de derechos y de protección integral, con alcance nacional (Foucault, 2012a). Mantiene cuatro departamentos: Médicos, Servicio de Apoyo Médico y Psiquiatría; Departamento de Servicios Médicos; Departamento de Psiquiatría y Departamento de Prevención de Adicciones.

Resulta llamativo en este punto, la existencia de programas que funcionan dentro del predio de División Salud, pero que sin embargo no parecen quedar implicados en la atención integral multidisciplinaria que brinda esta División. Dentro de estos Departamentos, se encuentra el Departamento de Psicología, lo cual escinde a la Psicología como disciplina que interviene en una atención en “salud biopsicosocial”.

-Departamento de Psicología:

Este departamento cuenta con el Servicio de Atención Psicológica (SAP), donde se brinda atención psicológica a NNA atendidos por INAU en cualquiera de sus modalidades.

Respecto de la atención en forma de tiempo completo para NNA, se destacan dos divisiones: La División Integral a la Infancia y Adolescencia, y la División Convenios.

-División Integral a la Infancia y a la Adolescencia:

Esta división se estructura en tres programas principales: Infancia, Adolescencia y Familia.

Para el presente estudio se toma el de Adolescencia; el cual agrupa varios centros de atención integral en modalidad de tiempo completo.

Los **Centros de atención Integral en Modalidad de Tiempo Completo**, atienden a NNA en situaciones de vulneración crítica de derechos, provenientes de contextos socio-familiares que ameriten una intervención de este tipo. Para ingresar es necesario tener entre 0 a 17 años y 11 meses de edad, y mantiene centros en todo el país, excepto en Artigas.

-División Convenios: Agrupa todos los convenios realizados a nivel nacional entre el INAU y organizaciones de la sociedad civil. Dentro de la división, se destaca el Departamento de Evaluación y Supervisión de Proyectos de Tiempo Parcial y Especializados; el Departamento de Evaluación y Supervisión de Proyectos de Tiempo Completo y Especializados; y el Contralor Jurídico-Financiero-Contable. En total, mantiene 308 convenios a nivel nacional, de los cuales se destacan 67 en modalidad de tiempo completo, y dentro de éstos, 42 están en Montevideo. Dentro de esos 42, se ubican proyectos hacia la infancia y la adolescencia; y comprenden diversos formatos de atención 24horas.: centros especializados, clínicas psiquiátricas, residencias estudiantiles, atención en contexto familiar, etc.

Estos convenios suponen una supervisión administrativa realizada por la ONG relativa a la gestión de recursos humanos y económicos; y otra supervisión técnica a cargo del Instituto, mediante la asignación de un Supervisor. Este realiza visitas periódicas, y evaluaciones anuales acerca de su gestión. La División Convenios mantiene la potestad de realizar desde observaciones a la gestión del centro y/ o de la ONG, hasta suspender o concluir el contrato realizado con el Estado.

A continuación, una breve descripción de los Centros de Protección Integral de Tiempo Completo.

APÉNDICE II

Centros de Atención integral para niños, niñas y adolescentes

La Modalidad de Atención Integral, tiene como finalidad dar protección a los niños/niña y adolescentes que presentan amenaza o vulneración de derechos, salvaguardando su “interés superior”. En el artículo 123 Del Código de la Niñez y la Adolescencia -C.N.A.- (INAU, 2014b), define que una intervención en esta modalidad debe ser por el mínimo tiempo posible, y su finalidad se circunscribe a la restitución de derechos amenazados o vulnerados.

De acuerdo al reglamento realizado por la División Convenios (INAU, 2008b), los centros se clasifican en tres niveles de atención, de acuerdo a la problemática y la propuesta específica del centro. Esta definición si bien ha sido modificada para reagrupar los centros según la modalidad expuesta en el Apéndice I, en el funcionamiento cotidiano institucional esta conceptualización sigue estando vigente. Esta clasificación ha definido determinados recursos humanos y un presupuesto convenido para cada modalidad, a la vez que determinó el “perfil” de jóvenes que sería pertinente a cada proyecto.

Por lo tanto, de modo ilustrativo se expone la siguiente clasificación:

El primer nivel de atención, se correspondía a los “Centros de Ingreso”, los cuales realizan una valoración inicial de la situación, del contexto familiar y de su posibilidad de atención en contexto⁴⁷; o de lo contrario del perfil del hogar del segundo nivel para su permanencia. Este nivel estaría siendo actualmente realizado por Tribal y el DED.

El **segundo nivel** de hogares, esta constituido por niños o adolescentes que se distribuyen generalmente a partir de su franja de edad y género, pero que suponen la permanencia de los mismos por mayores períodos de tiempo. Son hogares llamados coloquialmente “de permanencia”, y algunos son mixtos, otros de hermanos y alguno que recientemente ha adoptado la modalidad de acompañar a un grupo de niños hasta su egreso a los 18 años. En la adolescencia, generalmente se dividen por género, exceptuando tres centros mixtos en Montevideo.

En este estudio, me centré en los centros de atención integral de tiempo completo para

⁴⁷ Esta atención supone la permanencia del joven con la familia, pero con apoyos tanto económicos como técnicos de la institución.

adolescentes que se encuentran dentro del segundo nivel de atención. Cabe destacar respecto de todos ellos, que suponen en su definición *no ser especializados*, por lo que no hay psiquiatra de guardia en el centro, aunque algunos cuentan con el servicio de enfermería para preparar la medicación semanal de los NNA y realizar coordinaciones médicas.

Se destaca de su descripción:

“Debiéndose incluir (hasta un 10%) de niños/as y adolescentes que presenten patologías psiquiátricas y/o discapacidades leves, cuya amenaza o vulneración de derechos condiciona su bienestar, y en los que se ha agotado toda otra alternativa que permita la convivencia con su familia, referentes u otros grupos de acogida. Se puede acceder a ellos por medio del DED, o de proyectos de atención en tiempo parcial” (INAU, 2014a)

Como se expone en la presente investigación, este criterio dista de la realidad institucional actual. En la División Integral a la Infancia y a la adolescencia, los hogares de interés al presente estudio son:

-Centros de permanencia para adolescentes masculinos en Montevideo: El sueño del Pibe, Aguaribay, Andariegos, Aquellar, Reich Sintas y Azul y Verde. Se destaca el centro Girasoles, siendo el único hogar de permanencia oficial de adolescentes mujeres; y el CEIF como el “centro de ingreso” para mujeres. Los centros mixtos de gestión estatal son: Comunidad Terapéutica Capurro, Rumbos Nuevos y Abriendo Caminos.

Existen además otros hogares de niños o hermanos que conservan algún adolescente en su centro, esperando ser derivado a otro o encontrándose allí por tener algún hermano menor; sin embargo al presente estudio no fueron tomados en consideración. Dentro de ellos, se ubica por ejemplo el Hogar Machado.

Dentro de la División Convenios, con la modalidad de centro de protección integral de tiempo completo para adolescentes, se ubican 6 en Montevideo: Hogar Paulina Luisi, Hogar Santísima Trinidad, Hogar Maruja Stirling de Cantonet, Hogar San Vicente de Paul, Residencia María Inmaculada. Todos ellos son gestionados por diversas ONG o Asociaciones Civiles, que convenían con INAU mediante el pago por cupo -es decir, por NNA atendido-. Resulta interesante como quedan comprendidas las adolescencias femeninas para ser gestionadas por organizaciones de la sociedad civil, principalmente las instituciones religiosas; en contraposición a un adolescente masculino gestionado mayoritariamente por el Estado.

En relación a algunos aspectos del funcionamiento de los Centros de Protección Integral de niños y adolescentes:

-Los Hogares estatales cuentan aproximadamente entre diez y quince jóvenes por Hogar, mientras que los conveniados mantienen entre 20 adolescentes aproximadamente por centro. Los centros tienen previsto en su equipo de trabajo las siguientes profesiones: Educadores, Psicólogo, Trabajador Social, Maestro, Cocinero, personal de servicio y algún tallerista que tenga algunas horas semanales en el centro. El equipo de gestión está integrado por la Dirección junto a un coordinador en los hogares oficiales; mientras que en los convenios se contrata un administrativo.

Cabe destacar que mientras que es recurrente que mientras que en los hogares tercerizados se encuentre todo el equipo planificado por INAU, en los Oficiales faltan la mitad de las contrataciones: casi nunca hay Trabajador Social, algunas veces Educadores Sociales y algunos otros cuentan con Psicólogos en el cargo. Recientemente, la División de Protección Integral está convocando a los Psicólogos de los hogares a remitirse a la nueva modalidad de Acogimiento Familiar, lo cual contribuye a un desfundamiento paulatino de los recursos de estos centros de tiempo completo, focalizado en la División de Protección Integral.

Por último, existe un **tercer nivel** de atención, el cual se compone de situaciones que requieren una especificidad determinada, como por ejemplo el consumo abusivo de sustancias, patologías psiquiátricas severas, etc. Aquí se encuentran los centros "Medios Camino", la clínica psiquiátrica API y otros proyectos especializados. Estos centros han quedado por fuera del presente estudio.