



Universidad de la República
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo Social

Licenciatura en Trabajo Social

Monografía final:

Una infancia definida por el sufrimiento mental y la medicalización
de lo social

Estudio analítico-reflexivo de una situación singular

Autora: Daiana Taberna Demitriu

Tutora: Asistente Lic. Cecilia Silva Cabrera.

Montevideo, Uruguay

2013

Palabras clave:

Medicalización social, infancia, sufrimiento mental.

Resumen:


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

Dicho estudio ha sido realizado a partir de la perspectiva teórico-metodológica de Sartre, a partir del desarrollo de un ejercicio de aplicación del método progresivo-regresivo planteado por el autor. Se considera que este estudio, ha permitido el acercamiento dialéctico –singularidad- particularidad- universalidad- a una realidad que se visualiza en nuestro país desde hace un poco más de 10 años y la cual es necesario comenzar a desentrañar: los procesos de psiquiatrización de la infancia. Asimismo se sostiene que el enfoque teórico metodológico elegido, ha permitido rescatar lo singular, lo único e irreplicable de la situación analizada, destacando las dimensiones subjetiva y objetiva que la componen en el plano singular y los componentes particulares y universales de la que es producto y productora.

A mis padres y mi hermana.

A Esteban, por su apoyo incondicional.

A mis abuelas, las abrazo donde estén.



*“Aún en el dolor, la soledad,
la muerte o el suicidio,
somos con otros, contra otros,
a pesar de otros, por otros.*

*El hombre aislado es un mito que ha producido
y produce efectos de poder
y posibilita descargar conciencias,
pues permite responsabilizar a un individuo
por procesos que siempre son colectivos...”*

(Murillo; 1996: 7)

ÍNDICE

	Página
Introducción-----	6
Capítulo 1- Aproximación al campo instrumental de posibilidades de “Anna” y su familia-----	10
1.1- Anna y su familia en el centro del acontecer histórico.-----	11
1.2- Vínculo institucional de “Anna” y su familia en su vida cotidiana.-----	14
Capítulo 2- La infancia como núcleo de comprensión de las condiciones materiales de existencia actuales de “Anna”.-----	17
2.1- Los primeros años de vida de “Anna”.-----	18
2.2- La inserción de “Anna” en el espacio escolar y el circuito de atención socio-sanitaria.-----	20
Capítulo 3- El presente de la infancia psiquiatrizada: Algunos elementos para comprender la realidad de “Anna”.-----	24
3.1- ¿De qué hablamos cuando hablamos de infancia?-----	25
3.2- La sociedad del 900 y sus permanencias en los procesos contemporáneos de medicalización de la infancia.-----	27
3.3- Un siglo después... Medicación con psicofármacos: ¿misma finalidad, nuevo dispositivo?-----	36
Capítulo 4. “Anna”: retorno a una biografía singular, salto y fuga en el marco de la universalidad-----	40
4.1- La <i>vida cotidiana</i> de “Anna” y su familia a partir de una racionalidad técnica.-----	41
4.2- El papel del espacio escolar y socio sanitario en el sufrimiento mental de “Anna”. -----	47
4.3- “Anna”: ¿una subjetividad avasallada?-----	49
Reflexiones finales. Todo depende del cristal con que se mire.-----	52
Bibliografía-----	54

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo constituye la monografía final para el egreso de la Licenciatura en Trabajo Social, Plan 2009 de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

El tema seleccionado refiere al par dialéctico salud- enfermedad mental en sus dimensiones singular y colectiva. En este sentido, el objetivo general del mismo es la identificación de exponentes del proceso de medicalización social y su repercusión en la vida cotidiana de las personas, a través del estudio analítico-reflexivo de una situación singular que tiene como protagonista a una niña de once años de edad.

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

En tanto la relevancia que la temática remite a la profesión, se considera pertinente abordarla como forma de realizar un aporte desde las Ciencias Sociales hacia el campo de la Salud Mental. Se destaca, que la preponderancia de diagnósticos psiquiátricos en la infancia genera el imperativo de atender a lo que en esta área está ocurriendo, al respecto de una problemática que se enmarca en un contexto mucho más amplio. De tal manera, el presente documento no solo se plantea una mirada crítica a las formas de intervención

actuales sobre el sufrimiento mental en la infancia, sino que también pretende presentar líneas de comprensión que habiliten nuevas lecturas de la realidad abordada.

Los objetivos específicos de la presente monografía se proponen analizar el papel de la familia y del espacio social en la trayectoria de vida de un sujeto diagnosticado en términos médico-psiquiátricos; identificar cual es la racionalidad técnica que interviene en el proceso de sufrimiento mental de esta niña, al tiempo de brindar una aproximación al impacto que genera en su subjetividad su situación de sufrimiento mental y la posterior decodificación de la misma en términos médico-psiquiátricos.

Para cumplir los objetivos expuestos, se realiza un abordaje dialéctico de la realidad, retomando para ello el método progresivo- regresivo de Jean Paul Sartre (2004) como enfoque teórico metodológico. Dicho autor, propone por medio del existencialismo, superar las grandes teorías abstractas del marxismo, para adentrarse en la comprensión de lo singular, del sujeto en un escenario que lo condiciona pero que él mismo tiene la posibilidad de condicionar mediante su praxis individual y colectiva.

“Nuestro método es heurístico, nos enseña de nuevo porque es regresivo y progresivo a la vez. Su primer cuidado, como el del marxista, es colocar al hombre en su marco. Pedimos a la historia general que nos restituya las estructuras de la sociedad contemporánea, sus conflictos, sus contradicciones profundas y el movimiento de conjunto que éstas determinan (...) Estos hechos parecen concretos porque los conocemos con detalle, pero les falta la realidad, porque aún no podemos unirlos al movimiento totalizador.” (Sartre; 2004: 118).

Asimismo, desde el existencialismo se considera fundamental rescatar la dimensión subjetiva ya que esto permite visualizar cómo es que el sujeto se constituye de forma individual, pero también colectiva, en *productor* y *producto* de su propia existencia y por tanto en el protagonista de su propia historia. “Nuestro punto de partida, en efecto, es la subjetividad del individuo” (Sartre, 1947: 40)

La delimitación teórica del tema así como también la opción teórico- metodológica elegida se realizó partiendo de una serie de supuestos que guiaron el desarrollo de todo el proceso. En tal sentido se planteó que la decodificación de determinados comportamientos en términos medicalizados y la existencia de un imaginario social al respecto de la “enfermedad mental” es determinante en las formas de relacionamiento que un sujeto en una situación determinada de sufrimiento mental entabla con su contexto. Por otra parte también se trazó como supuesto la falta de respuestas que el sistema de salud tiene para

ofrecer a los sujetos y sus familias en estas circunstancias, y por último que estos sujetos muchas veces llegan a responder en consonancia a los diagnósticos que les son asignados.

Ahora bien, a los efectos de la lógica de exposición de la presente monografía, se presentan cuatro capítulos, los cuales se corresponden asimismo con cuatro diferentes movimientos dialécticos de “vaivén”. Primeramente se plantea un movimiento progresivo, donde se ubica al individuo en su marco histórico actual, su lugar de clase y las características actuales de sus condiciones de existencia, presentando de esta manera cómo se configura el *campo de posibilidades instrumentales* del sujeto y su familia. En tal sentido el capítulo tiene un contenido de tenor descriptivo, a la vez que se introducen líneas analítico- reflexivas que se profundizan fundamentalmente en los dos últimos capítulos.

En un segundo capítulo, por medio de un movimiento regresivo en torno a la delimitación del objeto, se busca, tal como menciona Sartre (2004), remontarse a la profundidad de lo vivido para, en la misma línea del capítulo anterior, profundizar en elementos descriptivos centrales, ahora de la primera infancia de “Anna”. Se propone asimismo avanzar en la introducción de componentes analítico- reflexivos como método para arribar al conocimiento de la realidad estudiada.

En los dos últimos capítulos, se profundiza especialmente en términos analítico- reflexivos. En el tercer capítulo, el vaivén teórico-metodológico se dirige a reubicar en el marco histórico-social a la situación singular en estudio. Se exponen aquí, categorías analíticas que permitan comprender en términos de destotalización, los ecos de una universalidad expresada en la particularidad de la vida de Anna y su contexto familiar. Se analiza entonces a la infancia en la determinación del proceso de medicalización social y los efectos de la intervención de la psiquiatría en la vida cotidiana. Se desarrollan estas categorías para la identificación de aspectos de la totalidad social expresada en la destotalización puesta en cuerpo y existencia a través de la situación singular.

En el último de los capítulos el vaivén teórico-metodológico se orienta a un movimiento totalizador, retomando a la Historia -la cual contiene en todo momento al sujeto singular y su situación- en diálogo con la biografía de “Anna”. Se propone profundizar en las categorías trabajadas en el capítulo anterior, por medio de un movimiento comprensivo –en forma tendencial- del marco universal en el que encuentra eco la singularidad de la vida de Anna y su contexto familiar. Se trata de comprender lo

único e irrepetible de esta singularidad en el escenario de la totalidad social; de destacar la existencia heterogénea dentro de un marco en apariencia homogéneo.

En este sentido, se busca visualizar cuáles son los rasgos de la aun hoy imperante racionalidad psiquiátrica que se hacen visibles en esta situación y se pretende al mismo tiempo presentar una lectura alternativa para comprender la realidad estudiada. Se propone enfatizar en la forma en la que el comportamiento de esta niña están siendo decodificados desde el saber técnico, analizando reflexivamente la repercusión que esto tiene en las interrelaciones de “Anna” con su entorno más próximo y en su vida cotidiana. Así también se ahonda subjetividad, en el impacto que la situación tiene en la configuración de su campo de los posibles, así como también en la propia representación que ella tiene de sí misma y en relación con su potencial proyecto de vida.

Por último se presentan las reflexiones finales que surgen del proceso llevado adelante, donde se retoman aquellos aspectos centrales problematizados en la monografía y se invita a los/as lectores/as a continuar reflexionando sobre la temática.

CAPÍTULO 1

Aproximación al campo de posibilidades instrumentales de

“Anna” y su familia

“Es pues perfectamente exacto que el hombre es producto de su producto” (Sartre; 2004: 86)

Se propone en este capítulo, plasmar una exposición que dé cuenta de un movimiento progresivo en torno a la delimitación del objeto de investigación, que permita contextualizar al sujeto y su familia en la estructura social y su lugar de clase. Como menciona el propio Sartre (2004), se trata de situar al hombre en su marco, planteando de dónde proviene, con quiénes y cómo se configura su contexto social y cultural. Se propone retomar “la determinación general de las condiciones de vida que nos permite reconstruir progresivamente (porque ya han sido estudiadas) la existencia material de los grupos considerados” (Sartre; 2004: 127).

Lo antes dicho permitirá acercarse tendencialmente, a la comprensión de las *condiciones materiales de existencia* del sujeto y su familia. Esto, resulta ser de suma importancia al momento de reconocer la singularidad, y con ella también a la diversidad del entramado social, ya que cada individuo se convierte en tal o cual de acuerdo a lo que la estructura social con sus múltiples determinaciones y contradicciones ha depositado en ella/ el, para que ésta/e las supere conservándolas.

Por otro lado, forma parte vital de este campo de posibilidades instrumentales la particularidad concreta que le brinda a cada sujeto el ser parte de grupos de referencia y de pertenencia. Al decir de Sartre: “la persona vive y conoce más o menos claramente su condición a través de su pertenencia a los grupos.” (2004: 65). Al respecto, cabe destacar el papel de la familia, la cual imprime en el sujeto desde su nacimiento valoraciones, gestos, formas de ser y estar que permiten explicar el porqué de que un sujeto sea de una forma y no de otra. Sin embargo, cada sujeto aún siendo único e irreplicable, también conserva y reproduce ciertos patrones familiares y sociales preestablecidos, lo que hace a su identidad

familiar y social. Así, la familia se constituye como “mediación entre la clase universal y el individuo: la familia está constituida en efecto, en y por el movimiento general de la Historia...” (2004: 62)

De esta manera, desde el existencialismo se propone considerar al sujeto como una entidad posicionada en un contexto social que lo trasciende y lo condiciona. Es en tal sentido que: “el proyecto tiene que atravesar necesariamente el campo de posibilidades instrumentales. Los caracteres particulares de los instrumentos lo transforman más o menos profundamente; condicionan la objetivación” (2004:101). Sin embargo, y a través de los movimientos dialécticos, este sujeto se vuelve a ese campo para condicionarlo y transformarlo, convirtiéndose al mismo tiempo en el protagonista y creador activo de su propia existencia. Teniendo presente entonces, cómo cada parte es constitutiva del marco dentro del cual podemos situar a seres singulares, que al mismo tiempo forman parte de una determinada particularidad, es que puede mencionarse que :

“Es en su campo social, considerado bajo su aspecto más inmediato, donde el hombre hace el aprendizaje de su condición (...). El “medio” de nuestra vida, con sus instituciones, sus momentos, sus instrumentos, sus “infinitos” culturales, sus fetiches, su temporalidad social...” (Sartre; 2004: 75).

Considerar cómo se configura ese campo social, es relevante al momento de obtener aquellas líneas de análisis que permitan aproximarse a la comprensión de la situación singular de “Anna”. Lo dicho, puede lograrse recuperando el papel de la dimensión subjetiva para estudiar al sujeto tanto individual como colectivamente, encontrando “las mediaciones que permitan engendrar lo concreto singular, la vida, la lucha real y con fecha, la persona a partir de las contradicciones generales de las fuerzas productivas y las relaciones de producción” (Sartre; 2004: 58).

1.1- Anna y su familia en el centro del acontecer histórico

Actualmente el núcleo de convivencia de “Anna” se encuentra compuesto por su madre, su hermano (12 años de edad) y sus tres hermanas (de 8, 10 y 14 años de edad). La madre de “Anna”, una mujer que se observa temperamental, resuelta, impulsiva, al frente de su casa y del cuidado de sus hijas e hijo, se constituye como la única adulta jefa de familia, dada la disolución del vínculo matrimonial, (aún en proceso) con el padre de los

menores. Una preocupación incesante por “Anna” que “la desestabiliza y angustia”¹ al tiempo que la lleva a movilizarse constantemente buscando disminuir y eliminar el sufrimiento de su hija; “relegando incluso al resto de sus hijas y su hijo”, quienes viven y sienten la ausencia de su madre, desesperándose por momentos, comprendiéndola por otros².

En tanto el padre de “Anna”, un hombre “depresivo”³ que hace años no convive con su familia dado que su situación de depresión devino en la separación de la pareja⁴. Al decir de la madre de “Anna”, a pesar de estar divorciados el hombre no corta el vínculo familiar, ya que en reiteradas oportunidades acude a su ex esposa aludiendo a que ésta aún tiene responsabilidad respecto a él, por ser el padre de sus hijas.⁵ Se destaca un vínculo poco frecuente con sus hijas e hijo a quienes no ve asiduamente sino de forma muy esporádica, más allá de residir dentro del mismo barrio. Este vínculo también se sostiene respecto a “Anna”, lo cual, según relatan, es recriminado por sus hermanos a su padre, pretendiendo ellos que el hombre demuestre mayor sensibilidad frente a la situación emocional por la que transita “Anna”⁶.

Al respecto de la familia paterna de “Anna”, quienes residen en el mismo barrio, prevalece al decir de su madre una relación “desgastada y conflictiva” a raíz del divorcio, visible entre adultos pero que también se traslada a los menores. En tanto la familia materna, se destaca la relación entre madre y abuela y tres hermanos con quienes no existe un contacto habitual; uno en Maldonado, otra en el exterior quien es la que mantiene según la madre de “Anna” y una de sus hermanas el vínculo “más afectivo” por vía telefónica, y otro hermano con quien no hay relación alguna.

¹ Extraído de entrevista realizada a madre de “Anna”, informe de trabajo de campo de práctica pre-profesional, setiembre, 2012.

² Extraído de entrevista realizada a hermana mayor de “Anna”, informe de trabajo de campo de práctica pre-profesional, octubre, 2012.

³ Extraído de entrevista realizada a madre de “Anna”, informe de trabajo de campo de práctica pre-profesional, setiembre, 2012.

⁴ Extraído de entrevista realizada a madre de “Anna”, informe de trabajo de campo de práctica pre-profesional, setiembre, 2012.

⁵ Extraído de entrevista realizada a madre de “Anna”, informe de trabajo de campo de práctica pre-profesional, setiembre, 2012.

⁶ Extraído de entrevista realizada a hermana mayor de “Anna”, informe de trabajo de campo de práctica pre-profesional, octubre, 2012.

A propósito de vínculos familiares “Anna” tiene una cuarta hermana (25 años de edad), hija del mismo matrimonio y quien hace varios años vive también en el barrio con su esposo e hijo. Una relación según la madre de “Anna” “prácticamente inexistente”, a consecuencia de constantes diferencias, dado que ella asevera la vinculación del esposo de su hija y de la familia de éste con el consumo y comercialización de estupefacientes. “Anna” no hace referencia a su hermana, no la nombra, pero si la mayor de las hermanas, quien manifiesta una clara molestia por la indiferencia de su hermana quien “prefiere a su marido y la familia del marido que a la suya y lo que estamos pasando acá”⁷.

Caracteriza a la familia una situación socio-económica de clase baja. El sustento se compone solo de los ingresos que provienen de prestaciones (pensiones y asignaciones por los menores). A ello se suma una cuota alimentaria acordada con el padre; fluctuante, mínima, dada una situación laboral inestable e informal. La madre de “Anna”, como jefa de familia con un nivel educativo básico alcanzado, no genera actualmente un flujo de recursos que sea volcado a la familia. Lo reducido de los ingresos hace que la familia encuentre parte de sus necesidades fundamentales insatisfechas. Al respecto de la vivienda que habitan –la cual sin embargo no se emplaza dentro de los asentamientos irregulares del barrio- se visualizan carencias que se concretizan en el hecho de que todos sus habitantes duermen en una misma habitación, a lo que se suma la precariedad de la construcción.

Se suma a lo mencionado, la intención de esta jefa de hogar de abandonar el barrio en el cual residen, dado frecuentes episodios conflictivos con algunos menores del barrio y con vecinos, los cuales han sido llevados incluso a la órbita policial. Cabe señalar que el barrio de residencia de esta familia, posee características particulares donde el trabajo informal, el desempleo, la violencia y la delictividad y el consumo y comercialización de estupefacientes son visualizados como una constante en la vida cotidiana de las familias.

⁷ Extraído de entrevista realizada a hermana mayor de “Anna”, informe de trabajo de campo de práctica pre-profesional, octubre, 2012.

1.2- Vínculo institucional de “Anna” y su familia en su vida cotidiana

Se remitirá en esta instancia a dos instituciones en particular en las que encuentra centralidad el tema de estudio: la escuela a la cual “Anna” asiste y el espacio determinado por el centro de salud. Así, durante el año lectivo 2012, “Anna” y dos de sus hermanas (10 y 14 años de edad), concurren a un mismo centro educativo, el cual se ubica dentro de la categoría de “escuela especial para discapacidad intelectual”. Al respecto, es preciso mencionar que muchos de los niños/as y adolescentes del barrio que asisten a dicho establecimiento no necesariamente poseen un diagnóstico definido de deficiencia intelectual, sino que en oportunidades llegan a la escuela por la proximidad territorial o bien a raíz de “problemas conductuales” que impiden continuar sus estudios en la modalidad de “Educación Común”.

En la actualidad la hermana menor de “Anna” (8 años de edad) asiste también a esta escuela, tras haber sido derivada allí a fines de 2012. Desde la escuela común a donde esta niña concurría, se planteó la posibilidad de derivarla a la misma escuela a la que asistían sus hermanas debido a que a ésta le costaba concentrarse en la clase y a raíz de lo que estaba ocurriendo con su hermana se la notaba nerviosa y agresiva.

Desde la institución educativa a la que “Anna” asiste, la situación de sufrimiento mental por la que atraviesa la niña y su familia, lleva a movilizar recursos en pos de ofrecer apoyo y acompañamiento. Siendo así, de forma casi inmediata al último de los diagnósticos asignados a “Anna” en el cual se determina que posee “esquizofrenia”⁸, desde la escuela se plantea la alternativa de internación de la niña en una clínica psiquiátrica, la cual se concreta a principios del corriente año, motivo por el cual “Anna” ya no concurre a esta institución educativa y tampoco al día de hoy convive con su familia.

La hermana mayor de Anna (14 años), quien en 2012 cursa junto a ella Primaria 3, parece cumplir una función de cuidados hacia su hermana, la cual se traslada también a la cotidianeidad de la familia. Un fuerte vínculo une “Anna” con su hermana mayor, caracterizado por una relación de empatía y afinidad, en contraposición al resto de sus

8 Diagnóstico dado por la psiquiatra de la policlínica de la zona a la cual “Anna” asiste.

hermanas mujeres que al ser menores no comprenden con claridad la situación de “Anna” y llevan con ella una relación bastante más conflictiva.⁹

De tal forma, la familia como particularidad concreta inserta dentro de la universalidad que brinda la estructura social, plantea para cada uno de sus integrantes una ubicación específica dentro de la lógica familiar. Es dentro de dicha lógica, en el desarrollo constante de su vida cotidiana, donde confluyen deseos, intereses, aspiraciones y elecciones que responden a cada singularidad contenida en dicho grupo, las cuales buscan constantemente sus oportunidades de realización (Heller; 1970), procurando atravesar el campo de posibilidades instrumentales que condiciona (Sartre; 2004).

En el orden del establecimiento de redes sociales y profesionales de esta familia, se destaca que ante la situación psicoemocional de “Anna”, su madre dice sentir la necesidad de incorporarse a un grupo de terapia de una organización social de la zona –Casamiga-, a cual asisten padres y madres con hijos/as en situaciones similares a la de “Anna”, buscando allí respuestas para sobrellevarlas. La madre de la niña, asevera encontrar en distintos profesionales (psicóloga de Casamiga, psiquiatra que atiende a su hija, asistente social de Comuna Mujer) la contención que necesita para sobrellevar la situación más que en su propia familia o en otras relaciones de amistad, sobre las cuales no hace mención alguna.¹⁰

Ahora bien, a modo de finalizar este primer movimiento en torno a la delimitación del objeto de investigación, y tal como plantea Sartre, es preciso mencionar que la presencia de un campo de posibilidades instrumentales que condiciona al sujeto, resulta ser la condición *sine qua non* para que el éste defina su propia existencia y al tiempo la de quienes lo rodean, al volverse a este campo social, para a través de su praxis individual condicionarlo, convirtiéndose al mismo tiempo en productora y producto de la Historia.

“Los hombres hacen la historia sobre la base de condiciones reales anteriores (...) pero son ellos los que la hacen, y no las condiciones anteriores, si no, serian los simples vehículos de unas fuerzas inhumanas que dirigirían a través de ellos el

⁹ Extraído informe de trabajo de campo de práctica pre-profesional, octubre, 2012. Entrevistas realizadas a madre de “Anna”, su hermana mayor y la propia “Anna”

¹⁰ Extraído informe de trabajo de campo de práctica pre-profesional, octubre, 2012. Entrevistas realizada a madre de “Anna”.

mundo social. Es cierto que estas condiciones existen y que son ellas, solo ellas, las que pueden dar una dirección y una realidad material a los cambios que se preparan; pero el movimiento de la praxis humana las supera conservándolas” (Sartre; 2004: 82).

No obstante, no solo la familia forma parte de la particularidad concreta del sujeto, sino que éste transita constantemente por otros espacios, otras instituciones que configuran asimismo su campo social y en donde el sujeto deja su huella. De este modo, “el niño no sólo vive a su familia, sino también –en parte a través de ella, en parte solo-el paisaje colectivo que le rodea; y también se le revela la generalidad de su clase en esta experiencia singular”. (Sartre, 2004: 69).

De tal manera, el capítulo ha pretendido plasmar aquellos aspectos centrales que conforman las condiciones materiales de existencia actuales de “Anna” y su familia, su composición familiar, sus vínculos más significativos y aquellos espacios institucionales por los cuales “Anna” transita su cotidianeidad. Luego de la aproximación realizada se avanza en el capítulo siguiente en un movimiento de vaivén teórico metodológico que permita anclar las características actuales de vida de “Anna” y su familia en aspectos de su historia infantil.

CAPÍTULO 2

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

“Recordemos en primer lugar que vivimos nuestra infancia como nuestro futuro. La infancia determina gestos y funciones con una perspectiva de porvenir” (Sartre; 2004: 96)

En el presente capítulo, se realiza un movimiento regresivo hacia lo que ha sido la infancia de “Anna”, a modo de ubicar allí, sucesos que den elementos de comprensión del capítulo anteriormente presentado, en el cual se ha pretendido plasmar el campo de posibilidades instrumentales actual de “Anna” y su familia. Se propone así avanzar en la descripción de aspectos centrales de la historia singular de “Anna”, a la vez de aproximarse en la comprensión analítica reflexiva de su trayectoria.

Desde la perspectiva de Sartre, se sostiene la importancia de considerar a la infancia como un momento determinante en la vida de todo sujeto concreto. Es así, que el autor agudiza su análisis al respecto -a la vez que acentúa su crítica a los marxistas- :

“A los marxistas de hoy solo les preocupan los adultos: al leerles podría creerse que nacemos en la edad en que ganamos nuestro primer salario; se han olvidado de su propia infancia y al leerles todo ocurre como si los hombres sintiesen su alienación y su reificación primero en su propio trabajo, cuando, primero, cada cual lo vive como niño, en el trabajo de sus padres.” (2004: 61-62)

Sartre (2004), plantea que es en éste período de la trayectoria de vida del individuo en donde se realiza el aprendizaje de su clase, reconociendo la particularidad concreta en la cual se encuentra inmerso. Es en la infancia, donde el sujeto se reconoce a sí mismo y por primera vez como parte constitutiva de un grupo, su familia, y es en ese temprano momento donde comienza a *interiorizar lo externo*, es decir, a hacer suyo aquello que percibe en su alrededor, sus condiciones materiales de existencia, las funciones que son

propias de su clase y de un orden social que lo trasciende. “Cada uno vive los primeros años extraviado o deslumbrado como si fuese una realidad profunda y solitaria: la interiorización de la exterioridad es aquí un hecho irreductible” (2004:63)

Asimismo, es en la infancia donde el ser singular comienza a configurar su identidad y su carácter. Comienza a definir sus preferencias y sus motivaciones, siempre en consonancia con su situación objetiva de partida y con una condición de clase que ya desde ese momento se esfuerza por superar, por negar-dialécticamente. “Así puede decirse a la vez que superamos sin cesar a nuestra propia clase y que por esa misma superación se manifiesta nuestra realidad de clase” (Sartre; 2004: 93)

2.1- Los primeros años de vida de “Anna”.

El nacimiento de “Anna” tuvo lugar en el año 2001. La niña llegó a un hogar constituido por su madre, su padre, su hermana mayor, que al momento del nacimiento de Anna tenía 11 años de edad¹¹, una hermana de 3 años de edad (quien ha sido mencionada como la hermana que mantiene hoy en día el vínculo más “fuerte con “Anna”) y un hermano varón de apenas 1 año de edad en ese momento.

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

A los dos años de vida de “Anna”, la familia se traslada hacia el barrio Nuevo París Norte, en el departamento Mdeo, al cual llegan debido a que la familia del padre de “Anna” residía allí. De tal manera la familia, en ese momento con la madre de “Anna”

¹¹ Y quien en un momento que no ha podido ser situado con precisión por quién escribe deja de convivir con la familia.

embarazada de su sexta y última hija, se moviliza en búsqueda de un nuevo hogar, inscribiéndose primeramente en una cooperativa de vivienda, cuyas exigencias económicas la familia no puede cumplir. No sin complicaciones, la familia logra comprar, de manera informal, una vivienda en el barrio, coincidiendo ese momento con el nacimiento de la menor de los hermanos de “Anna”. Ésta, se incorpora a la familia a los tres años de edad de “Anna” y en un momento crítico en la situación económica de la familia. A este respecto, Sartre refiere a que la infancia se configura como “una aprehensión oscura de nuestra clase, de nuestro condicionamiento social a través del grupo familiar.” (2004: 92)

Aproximadamente a los 6 años de edad de “Anna”, se puede situar uno de los momentos críticos para la familia; la separación de sus padres. El divorcio tiene lugar a raíz de la situación singular del padre de “Anna”, quien sin buscar ayuda ni tratamiento parece caer en un estado de “depresión” que lo lleva a abandonar su trabajo pero también “sus responsabilidades como padre y esposo”, al decir de la madre de “Anna”.

“Fue algo horrible, él se pasaba durmiendo todo el día, no comía no se bañaba, no trabajaba, era algo insoportable, hasta que un día dije ta porque ya no reconocía a quien tenía al lado, él era como que no estaba, no tenía a un compañero al lado...” (Extraído informe trabajo de campo práctica pre- profesional, entrevista realizada a madre de “Anna”, setiembre de 2012).

Luego del divorcio, el padre de “Anna” se retira del hogar yéndose a vivir con su madre, quien reside a unas cuadras de la casa de la familia. A partir de este momento comienza una relación, como se mencionó anteriormente, signada por la conflictividad, dado que este sujeto no deja de frecuentar la casa y de acudir a su ex – esposa, pero al tiempo se deslinda de responsabilidades al respecto de sus hijas e hijo, marcando una distancia que tiene al decir de la madre de “Anna” una “repercusión negativa muy fuerte” en la vida de la niña y de sus hermanas. Considerando este impacto y retomando a la infancia como aquel momento en donde el sujeto realiza la aprehensión de su clase y del condicionamiento social a través de su familia, y entendiendo como el sujeto busca constantemente superar esa condición revelando en ese mismo intento la generalidad de su clase Sartre (2004) menciona:

“En ese nivel están también las huellas dejadas por nuestras primeras rebeliones, nuestros desesperados intentos para superar una realidad que ahoga y las desviaciones, las torsiones, que resultan de todo ello. Superar todo eso es también conservarlo: pensaremos con esas desviaciones originales, actuaremos con esos gestos aprendidos y que queremos negar” (Sartre; 2004: 92)

A raíz del divorcio, se inicia también una relación conflictiva con la familia del padre de “Anna”, cuya madre y hermanas culpabilizan a la madre de “Anna” y de esta manera retiran su apoyo, el cual brindaban al respecto del cuidado de sus nietas o sobrinas en determinadas oportunidades.¹² Se visualiza así y en consonancia con lo expresado por Sartre (2004), cómo las relaciones humanas, siempre están condicionadas por otras, y así sucesivamente, por lo cual y dada la intersubjetividad de los vínculos cada acción tiene una repercusión y una consecuencia (a veces perceptible a veces no) en la vida de otros.

La nueva situación de la familia a la cual da lugar el divorcio de la pareja, plantea para la madre de “Anna” nuevas exigencias. A raíz de esta situación la madre de “Anna” se plantea la necesidad de trabajar a modo de generar un ingreso para el mantenimiento de su familia. A este respecto puede decirse que lo que cambia para esta madre es la *jerarquía* en su vida cotidiana, la cual al decir de Heller “no es eterna ni inmutable, sino que se modifica de modo específico según las diferentes estructuras económico- sociales.” (1970:40). La situación que tiene lugar a raíz del divorcio, genera en la madre de “Anna” la necesidad de buscar ayuda profesional para sobrellevarla, lo que da como resultado un tratamiento psicológico el cual en adelante ya no abandonará.

Lo reseñado permite ver como a los seis años de vida de “Anna”, se da un cambio rotundo en la composición original de su núcleo de convivencia, generándose de aquí en adelante, una reconfiguración de la figura masculina y paterna para esta niña y sus hermanas, en tanto su madre asume ahora la realización de tareas antes desarrolladas por su progenitor. La reconfiguración de la lógica de esta familia lleva a que “Anna” y sus hermanas refuercen el vínculo con su madre y le devuelvan a su padre el rechazo que él mismo les hace sentir, lo cual es expresado reiteradas veces por la mayor de las hermanas de la niña y también por su madre.

2.2- La inserción de “Anna” en el espacio escolar y el circuito de atención socio-sanitaria.

En el año 2009, y a los ocho años de edad de “Anna”, la niña ingresa por medio de un diagnóstico de “discapacidad intelectual” a la institución educativa a la cual asistirá

¹² Extraído informe de trabajo de campo de práctica pre-profesional, octubre, 2012. Entrevista realizadas a madre de “Anna.”

hasta el momento de su internación en la clínica psiquiátrica. También este año, y tras un diagnóstico similar, su hermana mayor, es derivada de la escuela “común” a la que asiste a la misma “escuela especial” que “Anna”. Los dos primeros años en esta institución transcurren con “Anna” asistiendo a una de las primarias con las que cuenta la escuela. De tal manera ambas hermanas asisten asiduamente a la escuela, participando de diferentes actividades recreativas y deportivas e insertándose en un nuevo espacio de socialización.

Luego de dos años del ingreso de “Anna” en esta escuela, se da su ingreso a un nuevo espacio determinado por el sistema de salud, debido a que la niña manifiesta según su madre “falta de motivación para hacer las tareas cotidianas y fuertes cambios de humor”. Así, desde el hospital Pereira Rossell, se deriva a la niña a una consulta con una psiquiatra de la policlínica de la zona, quien guiará de aquí en adelante su tratamiento. Por medio de dicha consulta se asigna a “Anna” un nuevo diagnóstico (que se suma al de “discapacidad intelectual”) en donde se la define como una niña que posee “depresión¹³ y trastorno bipolar”¹⁴.

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

¹³ Según el manual DSM IV, los criterios para definir a la “depresión” refieren a la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades a lo que se suma que en el caso de adolescentes a niños el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. También se menciona la pérdida del apetito o sueño, los sentimientos de culpa o infravaloración y los pensamientos o ideas suicidas. (DSM IV- TR; 2000)

¹⁴ Desde el DSM IV en el apartado titulado “Trastornos Bipolares” se referencia a estos por la presencia de episodios depresivos mayores e hipomaníacos donde a los síntomas depresivos (falta interés, insomnio o hipersomnio, sentimientos de inutilidad, etc) se suman síntomas como una excesiva verbosidad, aumento de la actividad, autoestima exagerada, disminución de la necesidad de dormir etc. (DSMIV- TR; 2000)

A menos de un año de este diagnóstico, “Anna” comienza a exteriorizar síntomas de un sufrimiento mental que parece ya no adecuarse al diagnóstico antes asignado y el cual le produce fuertes descompensaciones. Según su mamá “Anna” comienza a tener, cada vez con mayor frecuencia, alucinaciones por medio de las cuales oye y ve a personas que en realidad no se encuentran en ese momento donde ella menciona¹⁵. Ante esta situación una nueva consulta al psiquiatra determina que la niña posee “esquizofrenia”.¹⁶

Este último diagnóstico, da como resultado un nuevo tratamiento por medio del cual se agregan otros psicofármacos. Estos llevan a que “Anna” pase la mayor parte del día durmiendo, lo que cambia por completo la cotidianidad de la niña y también de su familia. A partir de este momento la situación de “Anna” comienza a ser cada vez más compleja. La niña deja prácticamente de asistir a la escuela y en un lapso de un año, “Anna” intenta quitarse la vida tres veces por distintos medios, lo que lleva a su madre, a plantearse la alternativa de la internación, la cual se da con el apoyo de la institución educativa.

El conocimiento público de la situación psicoemocional de “Anna”, en la escuela, el barrio y el resto de su familia, en tanto el último de los diagnósticos, sus intentos de autoeliminación y al respecto de su potencial internación en la clínica, posicionan a “Anna” en una situación de extrema vulnerabilidad. Se refuerzan las actitudes de exclusión y discriminación, ahora no solo por su estado de depresión y su bipolaridad sino porque a esto se suma una desconexión de “Anna” con la realidad.

A raíz de la situación de “Anna”, la madre abandona por completo su actividad laboral, permaneciendo en su casa al cuidado de la niña. De esta manera se da una nueva reconfiguración en la lógica de esta familia, una nueva adjudicación de roles y de responsabilidades y el sustento solo pasa a estar constituido por las prestaciones que recibe la familia y el dinero que esporádicamente su padre aporta.

¹⁵ (Extraído informe de trabajo de campo de práctica pre-profesional, octubre, 2012.)

¹⁶ Según el DSMIV- TR el diagnóstico de esquizofrenia implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social. Se destacan entre estos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, abulia. Se realiza la aclaración de que basta solo un síntoma para determinarlo si las alucinaciones consisten en voces que comentan los pensamientos y comportamientos del sujeto. (DSMIV- TR; 2000)

Asimismo y también a partir de las nuevas manifestaciones del sufrimiento mental de la niña, se generan cambios en las relaciones de “Anna” con quienes integran su núcleo de convivencia. Su madre, hermanas y hermano vivencian continuamente sus crisis y descompensaciones, ante las cuales muchas veces no saben cómo reaccionar. Esto lleva también a pensar al respecto de la necesidad de contar con asistencia médica para la niña que se genera en esta familia, ante sus cada vez más frecuentes episodios. En este sentido y a raíz de la situación mencionada, a principios del corriente año (2013) habiendo “Anna” cumplido doce años de edad, se da el ingreso de la niña en una clínica psiquiátrica.

De esta manera, se ha pretendido dar cuenta de aquellos sucesos relevantes y trascendentes que han formado parte de la infancia de “Anna”. Buscando visualizar el devenir de su núcleo de convivencia hasta llegar a la situación actual, visualizando cómo ciertos vínculos se han debilitado y otros fortalecido ante nuevas circunstancias y exponiendo la forma y el contexto en el que ha tenido origen la situación de sufrimiento mental de “Anna” y su posterior internación a partir de la intervención de dos espacios institucionales como son la escuela y el circuito de atención socio-sanitaria. En tal sentido, el próximo capítulo plantea un movimiento de progresión hacia la totalización histórica, a modo de ubicar allí aquellas categorías de análisis que brinden insumos de comprensión de las dimensiones singular y genérica dentro de la complejidad del entramado de la realidad concreta.

CAPÍTULO 3

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

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

A partir del presente capítulo, se propone un movimiento progresivo en la delimitación del objeto por medio del cual el presente pueda ser visualizado a partir de categorías de análisis que permitan comprenderlo, siempre en un constante vaivén entre universalidad-particularidad- singularidad. En tal sentido, y del mismo modo en que plantea Sartre, se busca avanzar hacia la Historia, a modo de “encontrar el movimiento de enriquecimiento totalizador que engendra a cada momento a partir del momento anterior...” (2004: 128). Teniendo presente la singularidad a la cual “Anna” pone cuerpo y existencia como sujeto productor y producto de la Historia, puede mencionarse:

“...No es verdad que la Historia aparezca para nosotros como una fuerza extraña. Se hace todos los días por obra de nuestras manos de otra manera a como creemos que la hacemos, y, por una vuelta de la llama, nos hace de otra manera a la creíamos ser o llegar a ser.” (Sartre; 2004: 83).

De tal manera, progresar hacia un movimiento de totalización histórica, dentro del cual el sujeto se encuentra siempre contenido, hace posible comenzar a unificar aquellos elementos de la situación singular presentada, para de esta forma y como menciona Sartre (2004) darles realidad, para analizarlos y comprenderlos reflexivamente. En tal sentido se propone en el presente capítulo realizar una exposición de distintos ejes conceptuales y analítico-reflexivos dentro de los cuales *infancia*, *medicalización social* y *los procesos de psiquiatrización de la infancia*, serán centrales para acercarse a la comprensión del presente de “Anna”. A partir de los mismos se presente dar cuenta de la forma en que

“Anna” está siendo expuesta a una situación de doble vulnerabilidad: la de ser una niña, con una representación y apropiación del mundo completamente distinta a la de un adulto, y la de ser definida desde el saber médico y a partir de su situación de sufrimiento mental como “portadora de una patología psiquiátrica”.

A partir de lo anteriormente mencionado, se hace preciso en este punto realizar un breve recorrido por lo que ha sido la evolución del concepto de infancia hasta nuestros días, lo cual permitirá acercarse a la comprensión de por qué se hace referencia a “Anna” como sujeto vulnerable en primera instancia, por su condición de niña.

3.1 ¿De qué hablamos cuando hablamos de infancia?

En el contexto de la Edad media, puede verse claramente cómo entre adultos y niños/as no se establecía distinción alguna. A los pocos años de vida de los niños/as (aproximadamente a los siete años de edad, momento donde se producía el “destete”) estos/as pasaban a integrarse a la comunidad de manera independiente, y una vez que se consideraba que ya no necesitaban del cuidado de sus madres o nodrizas pasaban a vivir “mezclados” con los adultos integrándose así tanto al trabajo como a los juegos de la comunidad. (Aries, 1987)

Con la llegada de la primera revolución industrial, la forma indistinta en que se fijaba la mirada entre adultos y niños/as quedó ampliamente reforzada. A través de las extensas jornadas laborales y las exigencias depositadas a la hora de realizar su “contribución” al incipiente desarrollo productivo que comenzaba a gestarse, se visualizó cómo adultos y niños/as trabajan “a la par”. (Chebez, 2009)

Ahora bien, el concepto de niño/a y el estatuto de este/a como tal, comienza a ser reconocido recién a partir de la Ilustración y el advenimiento de la modernidad, momento en que se entiende que éste/a posee una visión del mundo completamente distinta de la del adulto, con quien antes como se ha visto no se establecían distinciones (Miguez; 2010: 95). Así, en ese “siglo de las luces”, los intelectuales de la época comenzaron a visualizar de forma crítica las condiciones inhumanas a las cuales un amplio sector de la sociedad estaba siendo expuesto, dentro del cual los/as niños/as fueron considerados/as en una situación de

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

En este sentido, el derecho universal a la educación del niño y de la niña, el cual termina de establecerse como tal en el siglo XX, se transformó en un pilar fundamental que permitió consolidar efectivamente el concepto de infancia (Elías, 1990). Esto, en tanto un nuevo orden social y económico requería de sujetos adiestrados, capacitados y disciplinados que en un futuro no tan lejano pudieran integrarse al sistema.

De tal manera, por medio de una acción del Estado fuertemente tutelar y asistencialista (Donzelot, 2008), comenzó a instaurarse en el tratamiento de la infancia un nuevo paradigma, el cual dio en llamarse “Doctrina de la Situación Irregular”. A partir de entonces y por medio de esta perspectiva, el Estado paso a regular la situación de los/as menores, brindando el mismo trato a aquellos/as menores que cometían delitos y por tanto vulneraban derechos de terceros como a aquellos/as cuyos derechos fundamentales estaban siendo vulnerados. (Beloff, 1999) En este sentido, se plasmó “una doble y contradictoria representación de la infancia que aún tiene vigencia: ingenuidad y fragilidad por un lado, peligrosidad por otro. Una de ellas “en peligro” y la otra “peligrosa” (Stolkiner; 2012: 31).

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

En nuestro país, el Código de la Niñez y la Adolescencia aprobado en 2004 establece una distinción desde la cual se expresa: “se entiende por niño a todo ser humano hasta los trece años de edad y por adolescente a los mayores de trece y menores de dieciocho años de edad.” (2004: 1). Este documento, plantea una clara distinción entre las formas de intervención dirigidas a garantizar los derechos de aquellos niños y niñas en

situación de vulnerabilidad y aquellas medidas dirigidas a la educación y reinserción social de aquellos/as menores que por distintas formas vulneran derechos de terceros.

Este breve recorrido, permite problematizar acerca de la infancia como construcción social, en el entendido que de acuerdo a los diferentes momentos socio-históricos su conceptualización, y en consecuencia las formas de actuar sobre esta población, ha variado, contemplando nuevos intereses y necesidades. Reconociendo la importancia de esta última visión presentada de la infancia, se hace preciso al mismo tiempo mencionar lo paradójico que resulta que quienes reivindican los derechos de los niños/as (los/as adultos) son también quienes posicionan a estos sujetos en diferentes oportunidades en situaciones de desprotección.

“En el imaginario social y en las prácticas sociales y políticas aún en la actualidad hay una impregnación del paradigma superado. Es necesario tener muy presente este desfase entre la configuración de un nuevo campo con su correspondiente paradigma y la vigencia de prácticas y hasta conceptualizaciones ligadas con el anterior paradigma.” (Efron; 2007: 5)

3.2- Permanencias de la sociedad del 900 en los procesos contemporáneos de medicalización de la infancia

Hace un poco más de 10 años, se asiste en nuestro país a un proceso que algunos autores denominan *psiquiatrización o psicopatologización de la infancia* (Míguez, 2010; Stolkiner, 2012 respectivamente), el cual se concretiza en los cuerpos de niños y niñas de diferentes espacios sociales, quienes ante conductas que escapan a una determinada lógica esperada, son etiquetados y diagnosticados desde un saber médico hegemónico, como “portadores de patologías”, las cuales muchas veces no son científicamente objetivables, sino que responden simplemente a modos de ser y estar que no se corresponden con un deber ser establecido. (Miguez, 2010) “En las últimas décadas se han producido neoclasificaciones que amenazan con patologizar todas las áreas de expresión y existencia desde temprana edad” (De León y Kakuk; 2012: 65)

La situación actual de nuestro país permite visualizar niños/as que desde escuelas “comunes” son derivado/as a “educación especial” a causa de “trastornos o problemas conductuales” y no necesariamente a raíz de un diagnóstico de “deficiencia intelectual”, así como también niños/as a los/as que se les recorta el horario escolar –aun asistiendo a

educación especial- bajo el argumento de “falta de adaptación” a la lógica del salón de clase¹⁷. A partir de esta situación, un gran porcentaje de niños/as es derivado, las más de las veces desde la escuela, a una consulta con el psicólogo o el psiquiatra quien determina que es lo que posee ese niño/a para no lograr “adaptarse” a las exigencias de la educación formal. Lo mencionado, en varias oportunidades da como resultado la indicación profesional del tratamiento con psicofármacos¹⁸, lo cual resulta ser una de las aristas de este proceso de psiquiatrización de la infancia, a desarrollarse posteriormente.

Se entiende que en medio de este proceso, se anulan singularidades en tanto se dejan a un lado las condiciones materiales de existencia que inciden en la vida cotidiana de los niños y niñas, las cuales son interiorizadas y luego, en diferentes instancias exteriorizadas a través de diferentes expresiones psicoemocionales y decodificadas desde el mundo adulto en términos medicalizados. En base a lo mencionado: ¿En qué momento en nuestro país comienzan a establecerse líneas demarcatorias, distinciones entre lo “normal” y lo “patológico”? ¿A qué responde esta actual categorización y medicalización de la infancia?

A principios del siglo XX, puede situarse en nuestro país el establecimiento de un nuevo proyecto político y económico, el cual trajo como resultado el nacimiento de lo que el historiador José Pedro Barrán (1990) dio en llamar “la sensibilidad civilizada”. Así, para la concreción de este nuevo modelo de sociedad se volvió imprescindible la instauración de nuevas formas de ser, estar y sentir, nuevos dioses y demonios, en fin: de una transición desde la “barbarie” hacia la “civilización”, la cual se efectivizó por medio del disciplinamiento y la medicalización de la sociedad.

“Entre 1900 y 1930, la sociedad uruguaya, con Montevideo a la cabeza, se medicalizó. Esa medicalización sucedió en tres niveles, los cuales no tuvieron la misma profundidad ni ocurrieron con el mismo ritmo histórico: el nivel de la atención, o sea el rol creciente que tuvo el médico en el tratamiento de la enfermedad; el nivel de la conversión de la salud en uno de los valores supremos de la sociedad –y hasta, a veces el único valor-, cambio en la mentalidad colectiva que en parte antecedió a la medicalización; y en el nivel de la asunción por la sociedad

¹⁷ Lo mencionado pudo ser ampliamente visualizado durante la práctica pre- profesional llevada a cabo por la estudiante durante los años 2011 y 2012.

¹⁸ También esto se hizo fuertemente visible durante la práctica pre-profesional desarrollada en una escuela especial durante los años 2011 y 2012

de conductas cotidianas, valores colectivos e imágenes, derivados directamente de la propagación del saber médico” (Barrán;1992: 57)

Este proceso, implicó que la medicina, en este “nueva” sociedad que comenzaba a forjarse, se transformara en una ciencia con un poder instituyente para adentrarse en todas las áreas de la vida social y llegar a modificar de forma sustancial a instituciones tradicionales como la salud, la familia y la educación. A este respecto puede retomarse a Lapassade, quien considera que no todas las instituciones son nuevas cuando se construye una nueva sociedad, sino que contrariamente lo que se instituye es “una nueva definición de la realidad, inscrita, no es los libros, sino en el proceder de los hombres, sus relaciones, su organización” (1980: 98)

- **La Salud como valor supremo y el nacimiento de la Psiquiatría.**

En el contexto anteriormente mencionado, la medicina se estableció como una ciencia con el poder de moldear conductas, llevando a establecer a la higiene y el cuidado del cuerpo como una obsesión personal. En palabras de Barrán, “La medicina convirtió en Ciencia- en Higiene- lo que era antes que nada un rasgo de la cultura y así fue una de las fuentes ideológicas de aquella sensibilidad “civilizada”” (1990: 50).

La salud se convirtió en una institución funcional al nuevo orden y fue entonces el médico el encargado de desplegar su saber sobre toda la población, convirtiéndose en una figura con el poder de establecer límites entre lo “sano” y lo “enfermo”, lo “normal” y aquello que no lo era. En este sentido es preciso destacar que:

“la medicalización de la sociedad –la asunción por la cultura de los derechos de la salud- tuvo, pues, su contracara: la socialización del saber médico, es decir, la infiltración de los valores, la mentalidad y la sensibilidad dominantes en el saber científico” (Barrán; 1992: 17).

Barrán (1992), menciona que las clases altas, las mujeres y los niños fueron los primeros en ser ganados por la atención médica y a quienes “se les observaron primeramente sus enfermedades”. En relación a la infancia, el autor hace énfasis en que la sensibilidad del 900 descubrió a los niños, antes invisibilizados, para convertirlos entonces en un blanco de este saber médico que cobraría dimensiones impredecibles en la vida cotidiana de las familias.

La salud como valor supremo, fue contrapuesta a la enfermedad, la cual “fue (en parte) lo que aquella cultura determinó que fuese” (Barrán; 1992: 15). Ésta fue definida como el mal, de la cual estar ajeno era una responsabilidad individual de los sujetos, quienes debían cuidar su cuerpo mediante buenas prácticas, acatando rigurosamente los consejos indicados por los médicos. En este contexto, la enfermedad implicó lo no deseado, generó en la sociedad y en el imaginario un pánico desmedido, fue vivida como una “crisis de vida” y visualizada como la antesala a la muerte misma.

En tal sentido, quienes detentaban el “poder soberano” de la época para definir las enfermedades y su tratamiento –los médicos–, quienes consolidaron en palabras de Barrán (1992) *el monopolio de curar*, se esforzaron por definirse a sí mismos como la personificación de figuras supremas, las cuales contenían todos los valores importantes de la época y representaban el bien. “Los médicos describieron al médico como santo, sacerdote, héroe, general victorioso, filántropo, patriarca, reformador y pedagogo, con las virtudes del desdén hacia el dinero del noble, la abnegación del cristiano, la sabiduría del científico y el buen sentido del burgués” (Barrán; 1992: 102)

Tal fue el monopolio del saber que detentaron los médicos, que hasta fueron puestas “en tela de juicio” las propias percepciones del “paciente” al respecto de su salud, para dar primacía solo a su palabra y a aquello que por medio de la ciencia pudiera ser demostrado. Así: “Las sensaciones de dolor, los estados de bienestar o malestar, fueron devaluados como síntomas. La salud paso a ser un hecho solo certificable por su oficiante.” (Barrán; 1992: 203)

En este contexto, la Psiquiatría fue una institución que cumplió un papel fundamental en este Uruguay del 900, cuya función social fue la de separar a aquellos sujetos que transgredían los parámetros sociales, culturales e ideológicos establecidos y permitidos para la época. Ésta hizo su aporte en la demarcación de tipologías “anormales”, juzgando no solo cuerpos sino también mentes, afirmando “la existencia de seres “fronterizos” entre lo patológico y lo normal” (Barrán; 1995: 145).

Fue así que “el poder médico entendió que debía también gozar del monopolio de la responsabilidad y la razón, por cuanto era el único capaz de certificar la normalidad

mental” (Barrán; 1992: 189). De esta manera, la psiquiatría hizo visible y concretizó para toda la sociedad la autoridad omnipresente y omnipotente del médico, en tanto:

“Solo el psiquiatra podía determinar la normalidad, ¡la locura era tan engañosa y similar a la razón, a menudo! (...) solo el médico podía diferenciar al loco razonador del razonador normal, solo su saber podía distinguir la mancha clara de la razón en el mundo confuso y amplio de las demencias” (Barrán; 1992: 207)

Comenzó a imperar entonces una noción de peligrosidad en la sociedad, instaurando un imaginario acerca de la locura, la cual pasó a ser visualizada como “la instalación del desorden, la desobediencia y el ocio, una triple violación de los valores esenciales del orden mental establecido”. (Barrán, 1994: 18). La exclusión y posterior institucionalización de estos sujetos, se concretizó por medio de la fundación en el año 1880 del Manicomio Nacional.¹⁹ Así, este nuevo saber tuvo en sus manos el poder de delimitar ahora, quien se encontraba de un lado y del otro en la sociedad, ampliando cada vez más los márgenes de lo que se consideró como “patológico”.

“Este nuevo discurso científico conduciría en breve término a la psiquiatrización de toda la vida mental, pues lo que avanzaba era la patologización de lo que antes se consideraba normal y no la gradual aceptación por el orden mental establecido de lo patológico. El drama de la enfermedad mental terminaría instalándose en el centro de la vida del hombre occidental.”(Barrán, 1995: 145)

- **La familia como reproductora de un nuevo concepto de salud.**

En la instauración de una nueva sensibilidad, de nuevos valores y formas de ver el mundo y de entablar las relaciones entre los sujetos, la medicina como ciencia tuvo también el poder de adentrarse, literalmente, en la vida cotidiana de las familias.

“El médico de familia fue la gran figura dominante de la profesión en el Novecientos. Su conocimiento de la patología viva y heredada de la familia lo hizo poseedor de secretos que el mismo paciente ignoraba, (...) Por frecuentar la casa en tantas ocasiones como lo exigían las historias mórbidas cargadas, sabía de rencores, odios, antagonismos e infidelidades y hasta los asuntos económicos y llegaba a ser ‘un verdadero miembro de la familia’, al decir de la revista ‘Vivir’ en 1938” (Barrán; 1992: 235)

¹⁹ Actualmente Hospital Viladerbó

Fue tal la legitimidad que adquirió la profesión y el reconocimiento del saber que poseía sin lugar a dudas el médico, que las familias no sentían el poder ejercido por éstos como una forma de control o dominación sino que, tal como lo plantea Foucault (1979), este poder generaba en las familias y en resto de la población “efectos de verdad”. Según el autor cada sociedad construye en determinados momentos, sus propios regímenes de verdad, su propia “política general de verdad” lo que se visualiza en:

“los tipos de discursos que ella acoge y hace funcionar como verdaderos; los mecanismos y las instancias que permiten distinguir los enunciados verdaderos o falsos, la manera de sancionar unos y otros; las técnicas y los procedimientos que son valorizados para la obtención de la verdad; el estatuto de aquellos encargados de decir qué es lo que funciona como verdadero.” (1979: 187)

Es así que lo que se considera verdad en un momento dado, deriva directamente de la forma del discurso²⁰ y de las instituciones que lo producen y es por tanto que: “la verdad no está fuera del poder, ni sin poder (...) La verdad es de este mundo; está producida aquí gracias a múltiples imposiciones. Tiene aquí efectos reglamentados de poder.” (1979: 187).

De esta manera la sociedad del 900 legitimó discursos, prácticas y el accionar de la medicina como una ciencia que ejerció un poder sobre los sujetos constante y silencioso, y fue posicionando a este saber cómo un régimen de verdad. La figura del médico entonces cobró una preponderancia desmedida en la vida cotidiana de las familias, quienes se alegraron de su visita y siguieron sus consejos al pie de la letra, en tanto estos fueron considerados como verdades absolutas e indiscutibles

“En 1930 el médico era ya una figura clave en cualquier familia uruguaya. A menudo se le esperaba como a Dios, con similar ritual y tal vez mayores esperanzas. El silencio respetuoso, la solicitud, el ofrecimiento de lo mejor, el acatamiento a sus consejos y órdenes, habían sustituido la antigua familiaridad, la irrespetuosidad, la desobediencia, la consulta a otros saberes.” (Barrán; 1992: 77)

La vida cotidiana de las familias, se vio bajo la intervención del poder médico, quien dictaminó la forma de conducirse de padres/madres para un buen cuidado de sus hijos/as bajo parámetros *normalizadores e higienistas*. “En aras de la *prevención* el Estado controla a los sujetos hasta en la vida privada a través de disposiciones estratégicas de instancias que lo componen: lo judicial, lo psiquiátrico y lo educativo.” (Molas; 2013: 87)

²⁰ “Aquello por lo que, y por medio de lo cual se lucha, aquel poder del que quiere uno adueñarse” (Foucault apud Murillo; 1996: 20,21).

A este respecto puede retomarse a Donzelot (2008) quien hace referencia a que en el marco de la instauración del proyecto moderno, la familia pasó a tener nuevas connotaciones, en tanto se dio el pasaje del “gobierno de las familias al gobierno a través de las familias” (2008: 10). Siendo así, la familia pasó a ser objeto de una nueva política por parte del Estado, lo que dio lugar al proceso denominado por el autor como “policiamiento de la familia”. En este contexto se sustituyó al poder soberano detentado en el Antiguo Régimen por un poder positivo que actuó sobre las familias por medio de la persuasión y el consejo. Al decir del autor: “la norma estatal y la moralización filantrópica ponen a la familia ante la obligación de retener y vigilar a sus miembros si quiere evitar ser ella misma objeto de vigilancia y disciplina”. (Donzelot; 2008: 85).

Es en este sentido es que puede verse como el poder médico, ejerció sobre las familias una función de vigilancia donde su vida privada pasó a estar de un modo quizá inadvertido, controlada por la autoridad médica, instrumental a un orden establecido en donde la prioridad resultaba ser homogeneizar conductas y categorizar a los sujetos que se apartaban de la ideología dominante y de los márgenes de salud establecidos para la época.

“El valor de la salud –más ajustado es decir, de ese concepto de salud- comenzó a infiltrarse en los actos de la vida pública y las existencias individuales, fue el nuevo parámetro para medirlo todo, desde las políticas a los actos más ínfimos de lo cotidiano” (Barrán; 1992: 111)

- **La educación diversificada desde una lógica medicalizada e higienista.**

Estos nuevos valores promovidos por la medicina, debieron ser transmitidos a la infancia también desde el ámbito escolar. A través de libros de texto y de la figura de la maestra, los niños/as dedicaban varias horas de su jornada dentro de la escuela a aprender cómo comportarse y conducirse para formar parte de la sensibilidad de la época. Ahora bien, ¿Cómo este nuevo sistema respondió a aquellas situaciones en donde ciertos niños y niñas no lograban seguir la lógica asignada? ¿Cuál fue la consecuencia que trajo para la educación de estos/as niños y niñas la medicalización de la sociedad?

Este impulso homogeneizante de conductas, de cuerpos y mentes, llevado adelante por la institución educativa, llevó a plantear una nueva necesidad: separar a aquellos niños/as que no lograran adaptarse a lo establecido. En este sentido, la lógica higienista y medicalizada no solo alcanzó a quienes debían impartir la educación en las escuelas,

incitándolos a enaltecer el valor de la salud y de tener un cuerpo sano, “normal”, sino que también alcanzó a la infancia misma para observar sus cuerpos, sus mentes y de esta manera clasificar y separar de la mayoría, a una minoría que sobrepasaba los límites instituidos.

Así, quienes a causa de sus características singulares presentaran dificultades para aprender al ritmo “del resto” de los/as alumnos/as, quienes transgredieran aquellos parámetros físicos y mentales considerados “normales”, quienes presentaran comportamientos inadecuados para este espacio “común” de socialización comenzaron a ser etiquetados y visualizados como niños/as “diferentes”. Lo mencionado dio como resultado, el nacimiento de la educación especial –diversificada- en nuestro país, desde una lógica claro está medicalizada e higienista. Así, la primera especialidad creada fue la escuela de sordos en el año 1909 (Chango, 2001) y a partir de ese momento y bajo el mismo lema –separar a los “deficientes”- se continuaron creando establecimientos “especiales” para niños/as “diferentes”.

La racionalidad de la época, necesitó de la creación de un nuevo mecanismo para contener y actuar sobre un determinado grupo de población, dando cuenta del establecimiento de nuevas relaciones de poder y de nuevas prácticas sobre la infancia, con objetivos bien distintos a los planteados hasta ese momento por la educación tradicional. En tal sentido, se considera pertinente retomar la noción de *dispositivo* presentada por Foucault, quien entiende a éstos como:

“...un conjunto decididamente heterogéneo que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, en resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos...” (1991: 128)

De tal forma, pudo visualizarse la creación de un nuevo dispositivo de educación, el cual comenzó a forjarse en respuesta a una realidad que trajo como consecuencia el proceso de medicalización de la sociedad. Éste, ampliando los márgenes de lo que se consideraba como “enfermedad” o bien de lo que se consideraba “anormal” en aquella época, se planteó como objetivo:

“Proteger a los deficientes, proporcionándoles una educación que mejore su estado físico y mental... Si en otras épocas pudo ser la filantropía el móvil que impulsó a educarlos, hoy es el reconocimiento de un derecho, un bien entendido sentido de defensa social y la persuasión de que disponen de medios educativos que lograrán mejorar sus condiciones psicofísicas.” (Chango, 2001: 45)

Múltiples términos se utilizaron, para definir a estos/as niños/as: “débiles mentales”, “retrasados”, “deficientes” los cuales en consecuencia comenzaron a generar procesos de estigmatización, discriminación y diferenciación en la infancia. Si bien el discurso sostenía la importancia de brindar un trato diferenciado a niños/as “diferentes” para mejorar sus resultados, tiempo después se demostró que ésta forma de educar, por separado, no redundaba en una mejor calidad de la educación (Chango, 2001) y no resultaba tampoco ser la mejor respuesta para estos/as niños/as dado que esta modalidad solo reforzaba la exclusión de los/as mismos/as.

En tal sentido, se visualizan hoy las permanencias de una época en nuestra sociedad actual. Si bien un dispositivo que se creó en el 900 con un fin determinado, no dio los resultados esperados, hoy, más de 100 años después, se continúan creando bajo esta lógica, establecimientos especiales, para contener a las “nuevas enfermedades” y “patologías” que el sistema deja a su paso. Con marchas y contramarchas se fue instalando un modelo de conducta que fue delimitando aquello considerado “sano”-“enfermo”, “normal” - “anormal”.

Tras este breve recorrido por las características más notorias del proceso de medicalización social en el Uruguay del 900, es posible vislumbrar cómo los elementos que han sido descriptos en los capítulos anteriores comienzan a encontrar en este punto su concreción. Al respecto de lo planteado sobre la educación diversificada y su objetivo de brindar un trato diferenciado a niños visualizados como “diferentes”, se ve como “Anna” y dos de sus hermanas asisten a causa de diagnósticos de “deficiencia intelectual” a la misma escuela especial, y tiempo después también su hermana menor es derivada allí pero por causas en donde lo que prevalece no es siquiera un diagnóstico sino la visualización de un comportamiento que escapa a lo aceptable para la “educación común”. (“Le costaba concentrarse, se la notaba agresiva”)

Por otra parte y de la misma forma en la que por aquel entonces todo comportamiento “diferente”, toda forma de ser, estar o sentir que se apartaba de lo

establecido fue patologizado, calificado y consecuentemente “normalizado” o segregado, también hoy el sentir singular de una niña, y las manifestaciones de su sufrimiento mental, terminan siendo objeto de un saber especializado que parece tener la necesidad de poner un nombre técnico para a partir de allí realizar su intervención, hoy con nuevos métodos pero manteniendo los mismos propósitos.

3.3- Un siglo después... Medicación con psicofármacos: ¿misma finalidad, nuevo dispositivo.

El Uruguay del 900 da cuenta de la creación de dispositivos cuyos objetivos estuvieron orientados a perpetuar un orden establecido como legítimo. Hoy, más de un siglo después, un nuevo dispositivo es posicionado como un nuevo “avance” de la ciencia: la medicación con psicofármacos. Así, se presenta un mecanismo más sutil y en apariencia más sofisticado que reemplaza en buena medida a la violencia explícita del castigo y el encierro, pero que se suma a una misma lógica en donde se desubjetiviza al sujeto.

Puede decirse que ésta temática ha cobrado una amplia preponderancia en nuestro país de un tiempo a esta parte, en tanto la utilización de la medicación con psicofármacos con fines educativos, orientada a la normalización, el disciplinamiento y el control de las conductas de niños/as en el ámbito escolar. Dicha situación visualizada en las escuelas, llevó a que la cifra de niños que consumen psicofármacos se haya disparado notoriamente en nuestro país en un corto período de tiempo, llegando esto a ser motivo de crítica para Uruguay a tanto a nivel nacional como internacional.²¹

Sin embargo, y lo que se visualiza con claridad en la situación singular de “Anna”, puede verse como también determinados psicofármacos son utilizados con un fin que excede el fin de control y disciplinamiento de conductas dentro del ámbito educativo. En determinadas circunstancias, éstos son indicados como forma de dar respuesta y de alguna

²¹ Ya en 2008 una revista virtual titulaba “Uruguay: Importación de Ritalina (metilfenidato) se multiplicó por 18 en seis años” –haciendo referencia al período 2001- 2007-“. (Salud y Fármacos: 2008:1). Por otro lado desde una investigación realizada en nuestro país y publicada en 2010 se hacía referencia a que mientras a nivel internacional la cifra de niños que consumían psicofármacos era de entre un 3% y 5% en nuestro país esta cifra ascendía al 30%. (Míguez; 2010). En la actualidad no han sido encontradas por quien escribe cifras referentes al consumo ni la comercialización de psicofármacos en la infancia en nuestro país.

manera “solución” al sufrimiento mental de muchos/as niños y niñas, permitiéndoles “reducir” los síntomas de éste. Así, y al decir de Galende (2006) la medicación permite sobrellevar los malestares de la existencia, pero también lleva a que gran parte de las veces, los psicofármacos generen en los sujetos una desubjetivación, en tanto éstos solo calman los síntomas del sufrimiento mental, pero no permiten al sujeto el proceso de interrogarse sobre su malestar y encontrar de esta manera la forma de superarlo.

“Creo que varias consecuencias del giro hacia la desubjetivación son observables en muchos de los nuevos malestares psíquicos. De un modo general se observa en los intentos de borrar las singularidades de la subjetividad y de la historia personal en los trastornos de ansiedad, en las crisis de angustia desarticuladas de cualquier sentido, en el recurso inmediato al remedio para disolver cualquier malestar sin intentar siquiera interrogarse acerca de las razones de su presencia” (2008: 252)

En el contexto de producción de este nuevo *dispositivo –la medicación con psicofármacos–*, puede entresverse una visión al respecto del sufrimiento mental claramente organicista. “Se trata de una enfermedad como las otras del cuerpo, nadie debe sentirse responsable ni culpable de su emergencia ya que no son los vínculos humanos ni la razón su causa, sino el cerebro enfermo” (Galende; 2006: 34). En la actualidad, y al igual que en siglo XIX²², tomando como referencia a la norma biológica, los psiquiatras continúan esforzándose en afirmar el “origen natural” de la “enfermedad mental”, siendo esto lo que permite fijar la mirada en los síntomas y no en las causas a la hora de intervenir sobre el sufrimiento mental de un sujeto. Se buscan soluciones eficaces y rápidas, que disminuyan el sufrimiento de un sujeto en un momento dado, que lo ayuden a sobrellevar su situación psico- emocional, pero se desvía la atención de aquello mismo que lo produce. Tal como plantea Stolkiner:

“Sin desconocer que hay niños/as para quienes una prescripción de fármacos puede ser necesaria en el marco de una “clínica ampliada” (De Souza Campos, 2001) en la que el problema sea abordado en su complejidad, es necesario revisar críticamente la masividad con que la psicofarmacología se constituye en respuesta hegemónica y/o única.” (2012: 36)

La racionalidad técnica que interviene sobre el sufrimiento mental de “Anna”, desconoce al momento de diagnosticar el impacto que en “Anna” pueden haber tenido determinados sucesos de su trayectoria de vida, los cuales han sido reseñados en los

22 Momento en que se da la fundación médica de la psiquiatría y se comienza a producir conocimiento acerca de la “enfermedad mental” (Galende, 2006)

primeros capítulos. Las vicisitudes por las que su familia ha tenido que pasar a raíz de su situación de clase, la conflictividad del barrio en el cual residen y las situaciones cotidianas de violencia y delictividad que allí se visualizan, el devenir de su núcleo de convivencia y de determinados vínculos, entre otros elementos que hacen a las condiciones materiales de existencia de “Anna” y de esta familia, los cuales son desestimados ante un recurso que apela a la inmediatez para diluir un síntoma que habla de algo mucho más profundo.

Bajo una mirada que sostiene el conocimiento objetivo del hombre (Amarante: 2006: 23), se ponen nombres a las manifestaciones de los malestares de los sujetos, siendo esto lo que perpetúa un modelo con una gran legitimidad social. “Todo acontecimiento, toda experiencia, podrá ser percibida, nombrada, valorada y clasificada con el lenguaje propio de la disciplina” (Galende; 2008: 30). Sin embargo y aunque nombrar no es sinónimo identificar cuál es el factor de producción del conflicto instalado en el sujeto, con eso pareciera bastar, en tanto un etiqueta puede más que mil explicaciones, dado lo que algunos diagnósticos representan simbólicamente para la sociedad.

Sin embargo también hoy, es posible visualizar un campo que busca abrirse camino entre los tradicionales principios positivistas de la racionalidad psiquiátrica: el de la Salud Mental²³. Dicha propuesta se propone observar de manera crítica al sufrimiento mental contraponiéndolo al concepto médico- psiquiátrico de “enfermedad mental”, definiéndolo como resultado de una compleja red de interacciones en donde el sujeto, su historia, trayectoria de vida y sus condiciones materiales de existencia se conjugan para dar lugar a un resultado particular que requiere considerar la subjetividad para así intervenir y acercarse a su comprensión. “El objeto de la salud mental no es de un modo exclusivo el individuo o los conjuntos sociales, sino las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y a su comunidad” (Galende; 1997: 31)

- **Sufrimiento mental en la infancia: nuevas teorías, ¿mismas prácticas?**

Como se ha mencionado al comienzo del presente capítulo, a partir de la Convención Internacional por los Derechos del Niño del año 1989, parece visualizarse un cambio de paradigma de la Doctrina de la Situación Irregular hacia la Doctrina de la

²³ La emergencia de este campo y la crítica a los tradicionales principios de la Medicina Mental tienen su origen a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.

Protección Integral, donde se pretende que el niño/a deje de ser considerado como un mero objeto, para ser visto como un *sujeto de pleno derecho*, sobre el cual cualquier intervención o decisión que se tome debiera hacerse siempre preservando su *interés superior*²⁴. Dicho principio, determina el respeto de los derechos de los niños y niñas que son inherentes a su calidad de persona humana y por tal motivo se plantea un compromiso de toda la sociedad y de todas las instituciones que tengan influencia y vinculación, el trabajar en pos del mismo.

No obstante, parece ser que ésta infancia patologizada se encuentra posicionada ante una situación de desprotección, en tanto no existe una propuesta unificada en el tratamiento del sufrimiento mental en dicha etapa de la vida, donde la apropiación de la experiencia de vida, de hecho, es completamente distinta a la del mundo adulto. En este sentido, pareciera existir una puja entre dos formas de dar respuesta a sufrimiento mental en la infancia; entre apelar bajo los tradicionales principios de la psiquiatría a la desobjetivación, la solución rápida y superflua hoy por medio del psicofármaco, o más orientados hacia el campo de la Salud Mental en tratar de desentrañar, por medio de un proceso colectivo, que no solo implique al sujeto padeciente, el conflicto para como dice Galende “hacerlo hablar”. Pero, ¿realmente existen dos formas de intervención sobre el sufrimiento mental en la infancia? ¿Hay confluencia entre estas nuevas teorías y la práctica, o sigue la psiquiatría posicionada en un lugar de hegemonía?

En la actualidad parecen visualizarse dispositivos de atención que basados en una racionalidad psiquiátrica aun hegemónica, solo contienen, hablando literalmente solo sujetan, dominan, pero lejos se encuentran de contener en el sentido de brindar un acompañamiento continuo y de buscar conjuntamente la respuesta que ese/a niño/a y su familia necesitan para superar su situación de sufrimiento mental, para desentrañarla por así decirlo, lo cual pretende ser analizado con exhaustividad retornando en el próximo capítulo una vez más a la biografía singular de “Anna”.

24 “En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.” (1989:3)

CAPÍTULO 4

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

“El ser en el mundo implica espontaneidad, deseo, imaginación, creación, invención, intención y capacidad de transformación de las condiciones de la experiencia de la realidad”
(Galende; 2006 :97)

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

En este último tramo, se plantea avanzar en un movimiento teórico metodológico que dé cuenta de la profundización y unificación de los elementos expuestos los capítulos anteriores retomando la biografía actual de “Anna”. En tal sentido, se propone destacar aquellos elementos sustanciales que dan luz a la realidad estudiada por medio de “un vaivén enriquecedor entre el objeto (que contiene a toda la época como significaciones jerarquizadas) y la época (que contiene al objeto en su totalización)” (Sartre; 2004: 129). Siendo así, el presente capítulo se aboca a comprender –en forma tendencial- lo único e irrepetible de la situación de una niña atravesando una circunstancia singular, en un diálogo constante con un marco universal.

“En efecto cuando se ha vuelto a encontrar el objeto en su profundidad y en su singularidad, en lugar de mantenerse exterior a la totalización (...) entra inmediatamente en contradicción con ella; en una palabra, la simple yuxtaposición inerte de la época y del objeto deja lugar bruscamente a un conflicto vivo” (Sartre; 2004: 129-130).

En este sentido, y tal como se mencionó en la introducción de este documento, se propone exponer la forma en que la vida cotidiana de “Anna” y de su familia se desarrolla a partir de la situación psicoemocional de la niña y de la definición de su sufrimiento mental desde una racionalidad técnica. También se busca enfatizar en la implicancia de los espacios institucionales por los que “Anna” transita en este proceso y al respecto de la forma en que impacta en la subjetividad de la niña su propia situación y la forma en que ésta es visualizada desde diferentes actores y espacios.

4.1- La vida cotidiana de “Anna” y su familia a partir de una racionalidad técnica

Tal como Heller lo define, “la vida cotidiana es la vida de todo hombre” (1970: 39), es decir, cualquier sujeto tiene una vida cotidiana independientemente de su lugar en la estructura social y de lo que Sartre (2004) define como la situación objetiva de partida en la cual los sujetos se encuentran posicionados. Siendo así, se sostiene que la vida cotidiana no es ajena a la Historia, sino que se encuentra “en el centro del acaecer histórico: es la verdadera esencia de la sustancia social” (Heller; 1970: 42), y es su desarrollo permanente lo que permite la reproducción del individuo y el mantenimiento del orden social.

La *heterogeneidad* considerada “desde el contenido y la significación o importancia de nuestros tipos de actividad” (Heller; 1970: 40) y la *jerarquía*, necesaria para que “las esferas heterogéneas se mantengan en movimiento simultáneo” (1970: 41), así como también el *margen de relativa libertad* que tiene el individuo para hacer lo que la autora llama el *despliegue liso* de la vida cotidiana, se consideran elementos sustanciales al momento de pensar en cómo los sujetos desarrollan día a día su cotidianidad. Al decir de Heller “el individuo es siempre y al mismo tiempo ser particular y ser específico” (1970:42). En tanto ser particular, la autora hace referencia al sujeto concreto, perteneciente a ciertas estructuras y grupos, el cual vive su cotidianidad sin detenerse a pensarla ni a reflexionar sobre ella –despliegue liso-. En tanto ser específico, se define a lo genérico, es decir, a la propia especie humana.

Considerando a “Anna” y su familia, puede verse como en el desarrollo de su vida cotidiana, la situación singular por la que la niña atraviesa genera un movimiento en donde el margen de relativa libertad de ella misma y de toda su familia se pone en juego, así como también la heterogeneidad y la jerarquía de las actividades de este grupo. A raíz de el último de los diagnósticos asignados a “Anna” donde se decodifica que lo que posee es “esquizofrenia” tanto “Anna” como su madre y el resto de sus hermanas pasan a vivir una nueva situación en donde todas sus actividades diarias se desarrollan –o dejan de hacerlo- en relación a “Anna”. En este sentido: “La experiencia del sufrimiento mental es compleja, se extiende en redes de determinación que sobrepasan al individuo que lo padece” (Galende; 2008: 37). Sin ir más lejos desde el discurso de su madre se expresa:

“Esto no es vida ni para ella ni para nadie (...) yo con estas crisis que le dan a ella he tenido hasta que dejar de trabajar, yo no puedo moverme de casa si esta ella (...), no puedo trabajar y se me dificulta para mantener la casa así (...) Ellos –refiriéndose a sus hijos- no pueden dormir de noche, “Maria” –hermana mayor de “Anna”- paso todo el día atrás, siempre la está cuidando (...) Anoche “Anna” tuvo una crisis y bueno no pasamos muy bien la noche, por eso hoy ninguno fue a la escuela” (Extraído de informe de trabajo de campo de práctica pre-profesional, setiembre, 2012)

Este testimonio, da cuenta muy gráficamente de un sufrimiento que tal como menciona Galende (2008) sobrepasa a la singularidad de “Anna”, y pasa a ser a la vez también un sufrimiento colectivo. La familia de “Anna”, vivencia día a día y con angustia las manifestaciones del sufrimiento mental de la niña quien no sabe cómo interpretar lo siente, no puede explicarlo y claro está no quiere sentirlo. Un sufrimiento real, innegable y que se encuentra instalado en “Anna” lleva a que, en pos de proporcionar una solución para la situación por la que transita y de disminuir ese sufrimiento individual y colectivo, su familia recurra a la intervención técnica en búsqueda de respuestas y herramientas para ayudar a la niña a superar dicha situación.

A partir del ingreso en este nuevo espacio institucional –el circuito de atención socio sanitaria-, se da una nueva representación de la situación psicoemocional de “Anna”. Aquellos síntomas y manifestaciones del malestar que la niña siente, pasan a ser definidos técnicamente desde un saber especializado que de alguna manera regula desde otro lugar la conducta de la familia y las relaciones que se establecen con “Anna”. Como relata el capítulo dos, en un período menor de dos años, confluyen en “Anna” al menos tres diagnósticos²⁵ definidos técnicamente por el saber médico psiquiátrico. Esta formalización de los síntomas redefine la relación de esta niña con su familia, (y luego también con el resto de su entorno) en tanto ahora a los síntomas ya conocidos y visibles cotidianamente se suma un rótulo que tiene una relación directa con una representación social al respecto de lo que simboliza la depresión, la bipolaridad o la esquizofrenia, más aun si se piensa en una niña.

A partir de este momento puede situarse el comienzo de la intervención de la psiquiatría en la vida de “Anna” y de su familia y la vigilancia epidemiológica de la situación. Las consultas que “Anna” tiene con la psiquiatra, según lo que plantea su madre,

25 Se menciona que son “al menos tres” los diagnósticos asignados a “Anna” teniendo presente que también esta niña posee un diagnóstico de deficiencia intelectual.

se dirigen a revisar o ajustar el tratamiento con psicofármacos²⁶ indicado, lo cual hace que se la vea “mejor” o “peor” a veces luego de que la medicación se aumenta, a veces cuando se disminuye. Se visualiza así el papel que en el sufrimiento mental de esta niña los psicofármacos son llamados a desempeñar, en tanto éstos buscando disminuir los síntomas de un malestar subjetivo que desestabiliza a la niña y a toda su familia, llegan a naturalizar en “Anna” el hecho de que su vida cotidiana se limite a dormir la mayor parte del día.

“Ella duerme todo el día, sino no se puede estar, ella no puede estar despierta, se levanta y se le pasa el efecto y ella misma va a buscar la medicación, se la toma y se acuesta de nuevo a dormir...” (Extraído de entrevista realizada a la madre de “Anna”, informe de trabajo de campo de práctica pre-profesional, setiembre, 2012)

Esta descripción permite ver hasta qué punto llega el malestar de una niña que buscando evadirse de su situación de sufrimiento mental recurre por sus propios medios a aquello que le ha sido indicado, quedando por completo desconectada de la realidad, “extrañada” de su propia vida cotidiana, al decir de Heller (1970). Este recurso le impide a “Anna” (y al resto de quienes tienen implicancia en su situación) preguntarse sobre el porqué de lo que siente y al respecto de aquello que puede haberlo desencadenado.

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

²⁶ DPA, Nigdane, Global, Ketiapina son los nombres de los fármacos que “Anna” ingiere diariamente y varias veces al día según lo expresado por su madre (extraído informe trabajo de campo practica pre- profesional, setiembre de 2012)

“Alterar un estado afectivo, modificar o inhibir un pensamiento, inducir el sueño por medio artificiales, obviamente no nos dicen nada sobre las razones de esos trastornos (...) el problema que permanece ignorado es que la experiencia subjetiva es compleja y amplia, está siempre instalada en un ‘ser en el mundo’ conflictivo y diverso...” (Galende; 2008: 94)

Así, retomando lo planteado por Galende (2008) al respecto de que “la experiencia subjetiva es amplia y compleja” y por tanto considerando que el sufrimiento mental es el resultado de una historia de vida singular, única e irrepetible, Janin menciona:

“los malestares psíquicos son un resultado complejo de múltiples factores, entre los cuales las condiciones socio-culturales, la historia de cada sujeto, las vicisitudes de cada familia y los avatares del momento actual se combinan dando lugar a un resultado particular.” (2012: 2)

Retornando a los primeros capítulos, y abocándose a visualizar esos “múltiples factores” que pueden haber dado lugar al malestar de “Anna” pueden puntualizarse determinados elementos que podrían ser tomados como insumos para la comprensión del sufrimiento mental de esta niña. El hecho de convivir con su padre en un estado profundo de depresión, que lo llevó a desinteresarse por todo, por su trabajo, por su familia e incluso por sí mismo. La angustia de su madre a raíz de la situación de su esposo, la posterior y extrema decisión del divorcio. La confusión que puede haber generado en “Anna” el hecho de que su padre no conviva más con ellos pero si frecuente la casa, no para verla a ella ni a sus hermanas, sino para acudir a su ex esposa y responsabilizarla por una situación que no ha logrado superar. Las diferentes responsabilidades y exigencias asumidas al respecto del hogar y de sus hijas e hijos ahora únicamente por su madre y la desestabilización que la lleva a comenzar un tratamiento psicológico.

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

“Lo que está en juego es eliminar la idea positivista de causalidad, que ha confundido por dos siglos a la psiquiatría, para entender lo que he llamado una red compleja de determinaciones, que solo podemos conocer ateniéndonos a la experiencia del paciente y su valoración, el afecto y la emoción que nos vincula en la experiencia de comprender, remitido a la historia vivencial en la que solo el relato

del paciente da cuenta de las razones que pueden llevarnos a una “verdad histórica” (2008: 47)

Se visualiza ampliamente en la situación de “Anna” que los psicofármacos, son “el tratamiento” para hacer frente a su malestar, y no parte de un tratamiento integral. En este sentido Techera, Apud y Borges mencionan:

“el problema radica en el cómo, bajo qué dispositivos de rehabilitación y tratamiento, o en que estrategias terapéuticas se enmarcan, el tratamiento nunca debe centralizarse en un único elemento del dispositivo asistencial, sino que debe construirse en forma integral (...) es necesario entonces considerar el uso de psicofármacos como un elemento más en la estrategia general de rehabilitación y tratamiento” (Techera et al; 2009: 116)

Lo que se deja a un lado tomando a este recurso como único tratamiento y no como parte de una estrategia integral es que atacando solo síntomas, solo se vulnera aún más al sujeto en tanto la causa que provoca el conflicto sigue persistiendo y mutando en síntomas nuevos, que volviendo a ser atacados por fármacos dan lugar a un círculo vicioso. Tal es lo que ocurre con “Anna”, y lo cual se señala en el segundo capítulo. Ante ciertos síntomas²⁷ se asigna determinados psicofármacos, los cuales generan luego de un tiempo la aparición de nuevas manifestaciones del sufrimiento mental de esta niña, ahora mucho más graves, las cuales dan cuenta de un conflicto instalado que busca hablar por sí mismo.

Los síntomas se diluyen, aunque sea momentáneamente, y lo que se gana en tiempo se pierde en calidad de procesos que pueden ser mucho más productivos y que a largo plazo pueden evitar consecuencias mayores. Quizá si desde el primer momento la historia singular de “Anna” hubiese sido consultada y a partir de allí comenzando una intervención que tuviera en cuenta todos sus elementos constitutivos no se hubiese llegado al punto de que para “estar bien” y “evitar las crisis” la vida de “Anna” solo se limite a dormir. “Esta posición no desestima aliviar el sufrimiento a través de los psicofármacos, pero éstos ocupan un lugar parcial en la comprensión del sujeto como totalidad de vida y en la necesidad de actuar en toda la complejidad que implica el trastorno” (Galende; 2008: 168)

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

²⁷ Falta de motivación, cambios de humor, desinterés y autoagresividad.

conflicto hasta llegar a sus factores de producción. En tanto la complejidad familiar de “Anna”, reseñada en los capítulos uno y dos, podría considerarse como uno de los elementos constitutivos de este malestar, sería interesante que quienes comparten su cotidianeidad participasen de este proceso. Esto podría permitir un intercambio al respecto de nuevas formas de sobrellevar una realidad objetiva que existe como tal –el hecho de que sus padres estén divorciados, el escaso vínculo con su padre, etc- y que puede estar siendo vivenciada de diferentes formas por los diferentes integrantes de esta familia.

Ahora bien, en tanto aquellos elementos planteados en los capítulos iniciales, y los cuales se consideran de importancia al momento de pensar en aquello que puede estar produciendo el malestar psico- emocional de “Anna”, puede mencionarse que a su situación se suma la *particularidad concreta* del barrio en el cual reside. Esta zona – Nuevo París Norte- forma parte de un imaginario social por medio del cual las zonas más empobrecidas son definidas como peligrosas, lo que da lugar a procesos de diferenciación y estigmatización social. Ser residente de dicho barrio establece una etiqueta, un condicionamiento que se hace notar fuera del barrio y el cual permite pensar en el concepto de *violencia simbólica* acuñado por Pierre Bourdieu (2001), como forma de instituir por medio de relaciones de poder, un sentido común sobre el mundo social y la forma en que este debe ser. Así:

“todo poder de violencia simbólica, es decir, todo poder que logra imponer significados e imponerlos como legítimos disimulando las relaciones de fuerza en las que se basa su fuerza, agrega su propia fuerza, es decir, una fuerza específicamente simbólica, a estas relaciones de fuerza.” (Bourdieu; 2001: 4).

Dicho poder, ejercido por medio de la violencia simbólica, hace visible un *estigma* (Goffman, 2006) que se construye en relación a los barrios suburbanos y las condiciones materiales de existencia de sus habitantes, las cuales están determinadas por el lugar en el cual estos sujetos han sido posicionados dentro de la estructura social. Ahora bien, consecuentemente esta particularidad concreta dada por el barrio de residencia de “Anna”, no escapa a la lógica de estructuras sociales más amplias y a una ideología dominante, dentro de la cual la “enfermedad mental” es visualizada como lo no deseable, como aquello de lo que hay que mantenerse alejado y ajeno. Al decir de Frankel (2008) el *imaginario colectivo* resulta ser un conjunto de significaciones sociales, una construcción

histórica y socio- cultural -por lo tanto no neutra- que busca representar lo real, aunque no exista en ello una precisa correspondencia.

Siendo así, luego la difusión pública del diagnóstico de “Anna”, las relaciones que se entablan con su entorno de proximidad –en tanto el barrio-, y especialmente con sus pares, cambian por completo, generando la estigmatización y exclusión de “Anna” de diferentes espacios cotidianos de socialización y recreación, tal como se mencionó al respecto del club de niños de la zona. En un espacio donde asisten niños y niñas que mantienen cierta uniformidad en sus formas de comportarse, la conducta de esta niña genera una alerta y en consecuencia a la etiqueta ya asignada a “Anna” (su diagnóstico), se suman otras fijadas por sus pares.

“La estigmatización es el mecanismo por el cual el conjunto social marca negativamente a las personas que no se adecuan a sus preceptos. Es nuestra manera de tratar con lo diferente, de marcar simbólicamente a quienes hacen ruido en nuestra vida cotidiana (...) cuando nos alejamos de los estándares de la normalidad, surge el estigma intentando capturar simbólicamente aquello que escapa de lo convencional” (Techera, et al; 2009: 26-27)

4.2- El papel del espacio escolar y socio sanitario en el sufrimiento mental de “Anna”.

Pues bien, dado que la escuela a la cual “Anna” asiste durante los años 2011 y 2012, se encuentra dentro del mismo contexto barrial definido con anterioridad, también en este espacio, y a raíz de su situación psico-emocional las relaciones que la niña entabla con sus pares se ven signadas por la discriminación y la estigmatización. Sin embargo, puntualizar al respecto del espacio escolar y su papel en la situación psico- emocional de “Anna” permite ver cómo es que en una institución donde prevalece una determinada lógica, la situación de sufrimiento mental de “Anna” llega a ser naturalizada.

Como ha sido señalado en el capítulo anterior, la situación actual de la educación especial en nuestro país permite visualizar niños y niñas que en algunos casos asisten a esta modalidad solo por “problemas conductuales. Esto da como resultado que la medicación con psicofármacos se transforme en un recurso con un fin áulico, con efectos colaterales que llevan a que muchos/as niños/as duerman en la escuela misma durante gran parte del tiempo que allí permanecen. En este sentido, la escuela a la cual “Anna” asiste no resulta

ser en lo absoluto una excepción y es en este contexto que la situación de sufrimiento mental de “Anna” se suma simplemente a la cotidianidad del establecimiento.

Así, “Anna”, pasa a ser una más de los/as niños/as que duermen en la escuela luego de haber tomado la medicación indicada por el médico para controlar el comportamiento dentro del salón de clase. La diferencia aquí radica en que la medicación, en la vida cotidiana de esta niña, no tiene un fin educativo, sino que está siendo utilizada para disminuir el sufrimiento al que debe enfrentarse ante un conflicto interno que de diferentes formas se manifiesta. Así, la respuesta que el espacio escolar brinda a la situación singular de “Anna” deriva una vez más de una lógica imperante donde la utilización de los psicofármacos resulta ser una “solución individual para un problema global” (Galende; 2008), una estrategia que no habilita una visión crítica de problemas mucho más amplios.

Por otra parte, desde este mismo espacio, inscripto dentro una lógica medicalizada desde donde se considera al saber médico como el hegemónico (lo que se ve reflejado en las múltiples derivaciones a psicólogos, psiquiatras ante “conductas inaceptables”) se termina dando el puntapié inicial para lo que será la posterior institucionalización de “Anna”. A este respecto cabe destacar, dado que no es para nada menor, el sostén que para esta familia, y especialmente para la madre de “Anna” representa la institución, en tanto su apoyo y respuesta que se da en un momento en el cual la desorientación y la incertidumbre acerca de cómo disminuir el sufrimiento de “Anna” y el del resto de sus hijas generan en la madre un sufrimiento propio que no sabe como direccionar.

Asimismo la internación se constituye para esta familia como una forma de ofrecer a la niña otra alternativa para terminar definitivamente con su sufrimiento, así como también como una forma de cortar con una situación que pareciera ser para esta familia un laberinto sin salida. Sin buscar cuestionar si ésta es realmente una alternativa adecuada o no ante la situación de “Anna”, tanto para ella como para su familia, si pueden por otra parte problematizarse aspectos que continúan reforzando la racionalidad psiquiátrica que se visualiza desde el comienzo en la intervención sobre el sufrimiento mental de esta niña.

En tal sentido, puede verse como la clínica a la cual principios del corriente año “Anna” ingresa²⁸, mantiene tanto desde lo edilicio (un patio central con todas las

28 Y a la cual se tuvo un acercamiento por medio de la práctica pre-profesional.

habitaciones alrededor) como desde su funcionamiento (suministro de medicación ante la mínima descompensación, horarios y días de visita, horarios y días para recibir llamadas) características similares con tradicionales establecimientos de encierro como el manicomio. Al decir de Efron (2007) esta lógica responde a un paradigma en la consideración de los derechos de la infancia todavía “objetizante”, el cual se refuerza mediante el sostenimiento de dispositivos de encierro e institucionalización.

En tal sentido, y como postura compartida con Efron (2007), se considera que para poder considerar efectivamente a los/as niños/as como sujetos de derecho, es preciso luchar por una perspectiva “desinstitucionalizadora”. Para esto es preciso sostener la importancia de un proceso que desde el comienzo se esfuerce por desentrañar las causas de los malestares para evitar así estrategias tan extremas como la institucionalización, con todo lo que esta implica, para el sujeto, para su familia y para el imaginario social.

Así la implicancia en estos procesos no debe ser solo individual, sino colectiva en tanto todos/as tenemos la responsabilidad de romper con estructuras preestablecidas y con imaginarios construidos acerca de la salud y la enfermedad.

“El abordaje de la enfermedad mental requiere un plan que involucre a los usuarios, a los familias, a los profesionales de la salud y a otros actores comunitarios trabajando conjuntamente para desarrollar las mejores condiciones posibles. El concepto de rehabilitación es superficial si solamente da cuenta de una adecuación del individuo a los requerimientos o exigencias sociales.” (Techera et al; 2009: 116)

4.3- “Anna”: ¿una subjetividad avasallada?

Comprender el impacto que la situación psicoemocional por la que “Anna” transita y todo lo que se desencadena a raíz de ella, genera en su subjetividad tiene una importancia fundamental al momento de expresar la existencia heterógena dentro de un marco en apariencia homogéneo. En tal sentido, “Anna” una niña de 11 años de edad, con una historia de vida singular, con deseos, aspiraciones y con un potencial *proyecto de vida*, en un momento dado no solo se encuentra por completo perdida y desconcertada ante un sufrimiento que no logra comprender, sino que también se encuentra en medio de un mundo adulto que desde diferentes lados, actúa sobre ella.

Para Sartre (2004) considerar la dimensión subjetiva de un individuo, resulta fundamental al momento de visualizarlo como un sujeto dueño de su propia existencia, como real protagonista de su propia vida. Pero ¿puede “Anna” ser la protagonista activa de su vida? ¿Cuál es el lugar de su subjetividad ante un sufrimiento mental por completo desubjetivizado? ¿Es “Anna” libre para elegir y decidir sobre su propio proyecto de vida?

Al respecto del último de los interrogantes planteados, se hace preciso pensar al respecto del concepto de *libertad* planteado por Sartre (1947) quien define a ésta como precedente a la esencia del sujeto, como algo indistinguible de la realidad humana. Para Sartre “el hombre está condenado a ser libre. Condenado, porque no se ha creado a sí mismo, y sin embargo, por otro lado, libre, porque una vez arrojado al mundo es responsable de todo lo que hace.” (1947: 6). Sin embargo, la situación psicoemocional por la que “Anna” atraviesa, permite poner en cuestión cual es la responsabilidad que efectivamente tiene la niña en todo lo que hace, partiendo de la base de un sufrimiento mental que modifica por completo su singularidad y que la “extraña” casi por completo de su vida cotidiana. Retomando lo expuesto en el capítulo dos, puede verse que es tal el impacto que genera en la subjetividad de “Anna” su situación de sufrimiento mental, tal la angustia y la desesperación por eliminarlo o disminuirlo, que esto la lleva a plantearse como alternativa terminar con su propia vida, y no una sino tres veces.

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

A este respecto Sartre (2004) menciona: “el hombre se caracteriza ante todo por la superación de una situación, por lo que logra hacer con lo que han hecho de él” (2004: 85). Siendo así, lo que está en juego es el propio proyecto de vida de “Anna” el cual es definido por Sartre como “salto y fuga, negativa y realización, mantiene y muestra a la realidad superada, negada por el mismo movimiento que la supera” (2004: 86). En tal sentido, “Anna”, más allá de encontrarse en un momento en donde le es difícil poder priorizar en su vida otra cosa que no sea el disminuir las manifestaciones de su malestar por medio del recurso que se le ha indicado, se proyecta: “cuando sea grande quiero ser artista”²⁹.

En el entendido de que todas las acciones son intersubjetivas y por tanto repercuten y al mismo tiempo crean al otro (Frankel; 2008), resulta ser una responsabilidad de todos los actores que intervienen en la cotidianidad de “Anna” el acompañarla para que pueda superar la situación psicoemocional en la que se encuentra posicionada, y así ampliar ese campo de los posibles, el cual “por muy reducido que sea siempre existe” (Sartre; 2004: 86). En tal sentido: “El hombre, para sí mismo y para los demás, es un ser significativo, ya que nunca se puede comprender ni el menor de sus gestos sin superar el presente puro y sin explicarlo con el porvenir” (Sartre; 2004: 132)

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

“En vez de una afirmación, una duda rotunda, completa, presente: lo que podría ser, si fuera. Lo que sería, sin serlo. Lo que estoy siendo porque otros han sido y así, sucesivamente: en descendencia y ascendencia. Desde y hacia todos lados” (Carlos Skliar; 2012).

²⁹ Extraído de entrevista realizada a “Anna”, informe de trabajo de campo de práctica pre-profesional, setiembre, 2012

REFLEXIONES FINALES

Todo depende del cristal por el que se mire

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

(Agarrate Catalina; 2006)

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

En este sentido, el presente documento buscó trascender la mera crítica a lo establecido para dar lugar a una nueva lectura de la realidad estudiada. Para dicho propósito, cobró preponderancia la utilización del método progresivo- regresivo de Sartre (2004), en tanto éste habilitó a rescatar lo único e irrepitible de la biografía singular de “Anna” siendo esto sustancial para ofrecer líneas de comprensión de su situación psico-emocional orientadas a romper con una lógica medicalizante. Siendo así se pretendió brindar una aproximación a las condiciones materiales de existencia de “Anna” y su familia y a aquellos sucesos relevantes en su infancia, para luego dilucidando el contexto de producción de una racionalidad desde la cual el sufrimiento de “Anna” está siendo decodificado, ofrecer una lectura que dialogando con los elementos de los primeros capítulos, habilitara a comprender el sufrimiento de “Anna” como producto de una multiplicidad de determinaciones que exceden lo biológico y lo individual.

Siendo así, en el presente documento se definió lo que “Anna” siente como “sufrimiento mental”, como un sentir singular y subjetivo, para romper con mirada biologicista desde la cual todo comportamiento que escapa a determinados parámetros es definido como patológico o “anormal”. En este sentido, y tal como plantea Stolkiner se pretendió puntualizar en las “diversas maneras en que el dolor forma parte de los procesos vitales y en los efectos que pueden derivar de su reducción a la psicopatología” (2013: 2).

Haciendo predominar a partir del método sartreano toda la complejidad que implica el “ser en el mundo”, “Anna” cobró importancia como sujeto. La situación económica de su familia, el debilitamiento de ciertos vínculos significativos, la conflictividad manifiesta de su barrio de residencia, el primer diagnóstico y su consecuente derivación a la escuela especial, todos sucesos que desde diferentes lugares fueron movilizándolo a “Anna” para dar cabida a un sufrimiento único.

Invitando a los/as lectores/as a continuar reflexionando sobre la importancia de considerar miradas alternativas para actuar sobre una población que constituirá la sociedad del mañana y teniendo siempre presente la implicancia colectiva que la temática representa se sostiene que:

“Debemos a la infancia los gestos que alguna vez les robamos. No se trata solo de evitar interrumpir a los niños o de asistir, quietos, a las ceremonias de un fuego que es juego. Si hubiera que decirlo en una única frase: estar con niños es hacer durar la infancia todo el tiempo que fuera posible. Provocar una detención. (...) Hacer durar la infancia. Como quien hace durar ese amor que cierra su boca y enciende sus ojos”.
(Carlos Skliar; 2012)

BIBLIOGRAFÍA

Amarante, P. (2006). *Locos por la vida*. Argentina, Buenos Aires: Ediciones Madres de Plazo de Mayo.

Aries, P. (1987) *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*, Madrid: Taurus.

Barrán, JP (1990) *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*, Tomo II: “el disciplinamiento”. Parte I, capítulo I: “El nacimiento de la sensibilidad civilizada y su entorno”. Montevideo pp. 11-77.

Barrán, J.P. (1992) *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo 1. "El poder de curar". Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Barrán, J.P. (1994) *Poder psiquiátrico y control social en el Novecientos*. En Revista Historia y Docencia. Año I Nº 1 Julio. Revista de la asociación de profesores de Historia del Uruguay. Montevideo, Uruguay.

Barrán, J. P. (1995) *Medicina y sociedad en el Uruguay del 900*". Tomo 3. "La invención del cuerpo. Montevideo, Uruguay: Ediciones de la Banda Oriental.

Beloff, M. *Protección Integral de los Derechos del Niño y de la Situación Irregular: un modelo para armar y otro para desarmar*. En: *Justicia y Derecho del Niño*. Número 1. Santiago de Chile, 1999: UNICEF. Primera Edición.

Bourdieu, P. *Fundamentos de una teoría de la violencia simbólica*. En: Bourdieu, Pierre y Passeron, Jean-Claude. *La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. España: Popular. 2001. p. 15-85.

Chango, L. (2001) *Una escuela para todos. Estudio de caso sobre la inclusión de un niño con Síndrome de Down en la educación formal*. Montevideo, Uruguay: Editores Quijotes.

Chebez, V. (2009) *Chicos que trabajan. La injusticia cotidiana. Claves para todos*. Buenos Aires: Capital intelectual.

Código de la Niñez y Adolescencia (2004) Montevideo: Ediciones del foro.

Convención sobre los derechos del niño (1995), UNESCO.

Cunningham, H. (1991) “Los hijos de los pobres. La imagen de la infancia desde el siglo XVII”. En: <http://www.iin.oea.org/Cursos a distancia/Los hijos de los pobres.pdf>. [Consultado el 12 octubre de 2013]

De León, N (Coor) (2013) *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo, Uruguay: Ediciones Levy.

De León, N y Kakuk, M.J (2013) *Una disyunción política necesaria: “derechos humanos y salud mental”*. En De León, N (coord.) *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo: Ediciones Levy.

Donzelot, J. (2008) *La policía de las familias*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.

Efron, R (2007) *El campo del derecho de la infancia y el campo de la salud mental*. Ponencia presentada en el Congreso Internacional de Derechos y Garantías. Buenos Aires abril 2007.

Elías, N (1990) *La sociedad de los individuos: ensayos*. Barcelona: Península. 270p

Foucault, M (1979) *Microfísica del poder*. España: Ediciones de la Piqueta. Segunda edición.

Foucault, M (1991) *Saber y verdad*. Entrevista titulada “El juego de Michel Foucault”, Madrid: Ediciones de la Piqueta.

Frankel, D (2008) *Medicalización de la vida: salud pública y eugenesia social*. 1ra edición. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa.

Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Galende, E y Kraut, A (2006) *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar editorial.

Galende, E. (2008) *Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar editorial.

Goffman, E (2006) *Estigma: la identidad deteriorada*. Editorial: Amorrortu.

Heller, A (1970). *Historia y Vida Cotidiana*. Madrid, España: Ed. Grijalbo.

Janin, B (2012) *Los niños y la medicalización de la infancia*. Exposición realizada en mesa redonda organizada por la revista Topía: *Una batalla cultural en el campo de la salud Mental. La psiquiatrización de la subjetividad*. Enero de 2012.

Lapassade, G (1980) *Socioanálisis y potencial humano*. Montevideo, Uruguay: GEDISA.

Míguez, M.N (2010) *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva en la niñez de contexto crítico*. Buenos Aires: UBA.

Molas, A (2012) *El criadero. Ensayo*. En De León, N (coord.) *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo: Ediciones Levy.

Murillo, S (1996) *El discurso de Foucault: Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno*. Buenos Aires: Eudeba.

Salud y fármacos, ONG (2008) “Uruguay: Importación de Ritalina (metilfenidato) se multiplicó por 18 en seis años”. En Boletín Fármacos [en línea], Sección ética y derecho: América Latina. Abril de 2008. Disponible en <http://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/abr2008/etica-y-derecho-americalatina/> [Consultado el 20 octubre de 2013]

Sartre, J.P. (1947) *El existencialismo es un humanismo*. Bs As, Argentina: Editorial Sur.

Sartre, JP. (2004) *Crítica de la razón dialéctica*. Buenos Aires: Editorial Losada.

Skliar, C (2012) *No tienen prisa las palabras*. Editorial Candaya.

Stolkiner, A (2012) *Infancia y medicalización en la era de “la salud perfecta”*. Propuesta Educativa Número 37 – Año 21 – Jun. 2012 – Vol 1 – Págs 28 a 38

Stolkiner, A (2013) *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental* en Lerner, H (comp.) *Los sufrimientos* Editorial: Psicolibro. Colección FUNDEP.

Techera et al (2009) *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: CESIC, UdelaR.