

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Medicalizando cuerpos, ¿restringiendo futuros?

Lucía Sánchez Solé

Tutor: María Noel Míguez

2011

Índice

Prólogo.....	3
Introducción.....	4
CAPÍTULO I: La producción social de la discapacidad en un contexto medicalizador y normalizante	8
-Discapacidad: algunos aportes para una aproximación conceptual.....	8
-Procesos de medicalización de la vida social.....	14
-¿Sociedad "empastillada"?.....	15
-Produciendo al otro desde la tipología de "sujeto normal".....	19
CAPÍTULO II: El proceso de medicalización y la educación especial particularizando en Uruguay	23
-El proceso de medicalización en el Uruguay del novecientos.....	23
-Devenir de las escuelas especiales en Uruguay.....	27
CAPÍTULO III: ¿Proyectando cuerpos "dormidos"?.....	31
-¿Cómo se proyectan hacia el futuro estos niños?.....	33
-Un nuevo negocio: la niñez que ya no molesta, consume.....	42
- Entre la duda y la desconfianza.....	43
Reflexiones finales: "Todo está oscuro todavía y sin embargo todo está en plena luz"	45
Bibliografía	47
Fuentes documentales	49

Prólogo



“Día tras día, se niega a los niños el derecho a ser niños. Los hechos, que se burlan de ese derecho,



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



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

Introducción

El presente trabajo constituye la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. El tema seleccionado para el mismo versa acerca de los procesos de medicalización con psicofármacos en niños y niñas que concurren a escuelas especiales de “discapacidad intelectual”¹ en Uruguay, mediando en el análisis el proyecto de vida como parte constitutiva del ser.

La opción por estudiar dicha temática remite, en primer lugar, al interés personal surgido principalmente luego de cursada la asignatura Metodología de la Intervención Profesional II, y aún cursando Metodología de la Intervención Profesional III; interés por hallar caminos que brinden un panorama de repuestas ante tan compleja y cambiante realidad sobre una temática que, si bien en los últimos tiempos ha sido estudiada, no deja de ser un desafío personal seguir contribuyendo en ella. Cabe destacar, a su vez, el lugar que ocupó la dimensión subjetiva en la elección de la temática en cuestión. Diversas experiencias vividas como estudiante en las prácticas pre-profesionales dan cuenta de ello. Las mismas refieren a observar niños y niñas dormidos toda la mañana a causa de la medicación, entrevistas con referentes familiares preocupados porque la maestra exige la medicación en su hijo/a y el recorte del horario escolar, o, por ejemplo, un niño/a muy angustiado llorando porque sus hermanos/as mayores lo apodaban “el gotero” a causa de las gotitas que consumía todas las mañanas antes de ir a la escuela. Lo vivido se manifestó rápidamente en interrogantes, las cuales pretenden, en parte, ser respondidas a lo largo de este ensayo.

Pero, ¿por qué esta temática remite importancia para la profesión? Se entiende que la misma interviene en la vida cotidiana de las personas, y es justamente en ese campo en el cual se pretende lograr una ruptura, donde en un proceso de intervención con el otro y no sobre el otro, se comiencen a plantear interrogantes procurando una discusión crítica que apueste a desnaturalizar lo ya dado, a superar lo aparente y ver que hay por detrás de tales procesos de medicación, como es el caso de la presente investigación.

¹ Se utiliza el entrecomillado para dar cuenta de una discusión teórica que se expondrá a lo largo del primer capítulo, que remite a establecer claramente la distinción entre deficiencia y discapacidad, dado que en ocasiones se utilizan ambos términos indistintamente.

Se considera que el tema a abordar es un tema presente en la actualidad, por lo tanto vigente y relevante que arroja a luz interesantes interrogantes en el contexto de una sociedad donde se visualizan y vivencian crecientes procesos de medicalización, a partir de los cuales se establecen patrones clasificatorios de los sujetos en torno a la idea de normalidad, estableciendo líneas demarcatorias entre salud-enfermedad. Es en este contexto, que en ocasiones se apela, apoyados en un saber científico legitimado y hegemónico (aunque no siempre) a un “estado de no salud” que pretende justificar, en este caso, el uso excesivo de psicofármacos en niños/as que no se adecúan al deber ser conductual establecido socialmente.

Se entiende que estudiar la temática en cuestión implica posicionarse desde un lugar donde el sujeto juegue un papel preponderante y activo en la construcción de su propia historia, es decir, como *productor* y *producto* de la misma.

“Verdad es que el individuo está condicionado por el medio social y se vuelve hacia él para condicionarlo; eso es –y no otra cosa- lo que hace la realidad...” (Sartre, 1970: 63)

De este modo, lo que se pretende no es buscar responsabilidades singulares y específicas, sino entender este fenómeno como una responsabilidad del colectivo, y que por tanto, nos atañe a todos como parte del mismo.

En este contexto, el enfoque teórico-metodológico, punto de partida del presente trabajo, se basa en un abordaje dialéctico de la realidad, retomando el método regresivo-progresivo planteado por Jean–Paul Sartre (1970). El “vaivén” regresivo-progresivo permite estudiar la realidad en su complejo movimiento donde el sujeto se constituye, particular y colectivamente, en el creador y productor de su propia historia.

“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, 1970: 108)

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

En este sentido, pretende lograr una doctrina que, retomando la subjetividad de los individuos como punto de partida, supere las teorías abstractas, en un proceso de concreción de las mismas a la realidad.

“Nuestro punto de partida, en efecto, es la subjetividad del individuo, y esto por razones estrictamente filosóficas. No porque somos burgueses, sino porque queremos una doctrina basada sobre la verdad, y no un conjunto de bellas teorías, llenas de esperanza y sin fundamentos reales. (...) En segundo lugar, esta teoría es la única que da una dignidad al hombre, la única que no lo convierte en un objeto.” (Sartre, 1947: 40)

Conforme con lo expuesto, en este trabajo se presenta una lógica expositiva en la delimitación del objeto que retoma el movimiento dialéctico de “vaivén”. En este sentido, en un primer capítulo se plantea cómo han devenido distintas nociones y visiones en torno a la discapacidad, tomando posición desde la matriz teórico-metodológica y ética-política desde las que se orientan hacia un “modelo social” de la intervención e investigación sobre la discapacidad. De este modo, se hace énfasis en considerar a la persona en situación de discapacidad como sujeto real de derechos, en un contexto donde, más allá de lo discursivo, el significado otorgado a la discapacidad está relacionado a la idea de normalidad que controlan los cuerpos, los cuales son medidos en relación a cierta tipología determinada social, cultural e históricamente. Lo antedicho se manifiesta en una realidad caracterizada por crecientes procesos de medicalización de la sociedad, es decir, la creciente penetración del saber médico en diversos aspectos de la vida social, produciéndose una ampliación del campo de actuación de la medicina que trasciende lo relacionado a la enfermedad y su cura.

Un segundo capítulo propone un movimiento regresivo, dando cuenta de los procesos de medicalización en el Uruguay del Novecientos, donde el mismo se manifestó en control y disciplinamiento de la sociedad, tornándose la salud, mediante la

creciente importancia y apelación a la higiene un valor fundamental, representando el saber médico el “autorizado” a establecer los parámetros entre lo sano, lo enfermo, lo normal. La educación, y concretamente la educación especial en Uruguay en su devenir histórico, también dan cuenta de dicho proceso medicalizador.

Mediante un movimiento progresivo en torno a la delimitación del objeto de investigación, en el último capítulo se da cuenta cómo los fenómenos planteados en los primeros dos capítulos se manifiestan en la actualidad en la realidad de los niños/as que concurren a las escuelas especiales de “discapacidad intelectual”. Se entiende que para hacer un análisis crítico de estos procesos se debe tener presente la institución educativa, la cual históricamente ha trascendido su función exclusivamente referida al aprendizaje, pues también vigila, premia, castiga, disciplina, y por sobre todo, controla conductas y cuerpos.

De lo planteado a lo largo del capítulo surgen distintas interrogantes en relación al proyecto de vida de estos niños/as que en la actualidad están siendo medicados de forma abusiva con psicofármacos, o bien colocados en una situación de discapacidad cuando en realidad no es tal, puesto que no existe un diagnóstico objetivo previo, o simplemente se producen derivaciones de una escuela “común” a una especial por “mala” conducta.

Finalmente, se plantearán reflexiones finales las cuales no pretenden ser verdades absolutas e incuestionables, sino por el contrario, meras aproximaciones que inviten al lector/a a cuestionar y reflexionar en torno a la temática abordada.

CAPÍTULO I:

LA PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA DISCAPACIDAD EN UN CONTEXTO MEDICALIZADOR Y NORMALIZANTE

"Es necesario invertir aquello que fue construido como norma, como régimen de verdad y como problema habitual: comprender el discurso de la deficiencia, para luego revelar que el objeto de ese discurso no es la persona que está en silla de ruedas o el que usa un aparato auditivo o el que no aprende según el ritmo y la forma como la norma espera, sino los procesos sociales, históricos económicos y culturales que regulan y controlan la forma acerca de cómo son pensados e inventados los cuerpos y las mentes de los otros."

(Skliar, 2000: 3)

Discapacidad: algunos aportes para una aproximación conceptual

Se considera a la discapacidad como una producción social en estrecha reciprocidad con las relaciones sociales de producción. De esta manera:

"...la visión trágica y medicalizada de este fenómeno es propia de la sociedad capitalista, producto de condiciones económicas, sociales y culturales: el cambio en la naturaleza del trabajo y del mercado de trabajo, las exigencias de la acumulación, la producción de sujetos útiles tanto a la

producción como a la reproducción social y la tipología del hombre normal como sujeto deseable.” (Vallejos, 2007: 11)

De este modo, aquí se procura superar dicha mirada medicalizada sobre la discapacidad, entendiendo la misma desde un modelo² social más que médico.

En este sentido, se pretende superar la definición de discapacidad propuesta por la OMS, donde se visualiza claramente la idea de normalidad-anormalidad.

“Las deficiencias representan una desviación de la “norma” generalmente aceptadas en relación al estado biomédico del cuerpo y sus funciones. La definición de sus componentes la llevan a cabo personas capacitadas para juzgar el funcionamiento físico y mental de acuerdo con las normas generalmente aceptadas.” (CIF-OMS/OPS, 2001:18)

Mientras que:

“Discapacidad es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una ‘condición de salud’) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).” (CIF-OMS/OPS, 2001: 206)

Posicionarse desde un modelo que se acerque más a lo social al momento de entender e investigar en torno a la discapacidad implica tener en cuenta su complejidad. De este modo, es imprescindible la distinción entre los términos discapacidad y deficiencia, dado que por lo general se habla de ambos como sinónimos, siendo no sólo distintos sino que se puede estar en situación de una y no otra, y viceversa.

De este modo, se entiende que la definición propuesta por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) (2006) propone una definición

² A lo largo del capítulo se hablará de modelo médico y social. No obstante, cabe aclarar que no se pretende con ello generar una dicotomía entre ambos. Por el contrario, se utiliza tal referencia a modo de dejar en claro la postura de quien escribe ante la temática discapacidad. Una postura que implica un compromiso ético-político con la misma, en procura de superar una visión normalizante sobre ella, en un contexto donde el saber médico continúa ejerciendo tanto poder como hegemonía.

desde un modelo social, donde se supera una mirada de la misma de corte puramente médico y normalizante.

“Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.”
(Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006: 3)

En este proceso de superación de una concepción de base médica a una que se acerque más a un modelo social, cobra real importancia el tener en cuenta el lugar que ocupa el resto de la sociedad en la inclusión, exclusión o integración de las personas con discapacidad; en tanto barreras físicas o simbólicas que son colocadas desde un *nosotros* con una mirada homogeneizante y “normal” hacia *otro* distinto, “anormal”.

En este contexto, se entiende al sujeto individual enmarcado en un colectivo que constriñe o amplía su posibilidad de realización. El sujeto se encuentra en constante interacción con los demás, y es a partir de los otros que también define su existencia.

“... nos captamos a nosotros mismos frente al otro, y el otro es tan cierto para nosotros como nosotros mismos. Así el hombre que se capta directamente por el cogito, descubre también a todos los otros y descubre como condición de su existencia (...) Para obtener una verdad cualquiera sobre mí, es necesario que pase por otro. El otro es indispensable a mi existencia tanto como el conocimiento que tengo de mi mismo.” (Sartre, 1947: 40)

Entender a los sujetos en interacción dialéctica con los demás, en un constante “ir y venir” que me define en relación al otro, no implica una mirada pasiva del sujeto particular, sino por el contrario es visualizado como real protagonista de su historia, como *productor* y *producto* de la misma. De este modo, se propone superar la individualización de la responsabilidad, la culpabilización, dando cuenta que la discapacidad trasciende lo meramente biológico y considerándose ésta en su complejidad.

“Por lo tanto, no puede ser pensada como un problema de los discapacitados, de sus familias o de los expertos. Es una idea cuyo significado está íntimamente relacionado con el de la normalidad y con los procesos históricos, culturales, sociales y económicos que regulan y controlan el modo a través del cual son pensados e inventados los cuerpos, las mentes, el lenguaje, la sexualidad de los sujetos.” (Skliar apud Vallejos, 2007: 3)

Las distintas nomenclaturas utilizadas para referirse a la discapacidad exteriorizan cómo los términos discapacidad y deficiencia han sido interiorizados como indistintos e inseparables, acompañados las más de las veces por diversas cargas valorativas. De este modo, cotidianamente se escucha hablar de “discapacitados”, personas con “capacidades diferentes”, “inválidos”, etc., quedando al descubierto el uso indistinto de ambos términos. Pero aquí se considera que cuando se habla de “discapacitado”, se hace hincapié en la deficiencia; y cuando se habla de “capacidades diferentes”, si bien rescata las potencialidades de esa persona, pasa por alto la deficiencia, que de hecho existe.

De este modo, resulta un aspecto interesante a destacar de la definición propuesta por la CDPD (2006) la idea de “persona con discapacidad”, lo cual enfatiza ante todo su calidad de persona, es decir, de sujeto de derecho. Lo antedicho *“supone el ejercicio pleno de la democracia. Es reconocer sus rostros, oír sus voces y visibilizar su naturaleza diferente”*. (Morales, 2009: 9)

A su vez, es preciso mencionar que actualmente se ha ido deviniendo hacia la denominación “personas en situación de discapacidad”. De esta forma, se retoma la idea planteada de sujeto de derecho, y enfatiza la discapacidad como construcción o producción social, y la idea de cómo el “otro” es muchas veces quien discapacita, es decir, pone en “situación” de discapacidad. De modo que las diversas barreras y a causa de ello limitaciones que enfrentan las personas en situación de discapacidad pueden ser causadas por el contexto social, económico, cultural o político en el cual la persona está inserta. De esta forma, se reconoce la implicancia que puede tener la sociedad en la exclusión, inclusión o integración de estas personas.

Una sociedad que realmente apuesta a la inclusión es aquella que tiene las condiciones reales dadas para que toda persona (por su sola condición de tal), tenga o no una deficiencia, pueda formar parte de ella, apostando así a la diversidad y al respeto de los derechos humanos. En cambio, cuando se habla de integración, la responsabilidad de

estar excluido o no de la sociedad recae en la propia persona, dado que es ésta quien debe adaptarse, y no viceversa.

Retomando la concepción de sujeto activo, productor y producto de su propia historia así como de la historia colectiva, propuesto por el existencialismo, se entiende que es éste (particular y colectivamente) quien debe comprometerse en la construcción de una sociedad que trascienda el aspecto integrador para transformarse en una sociedad abierta, inclusiva, que respete los derechos de todas las personas, y de este modo permita ampliar el campo de los posibles de quienes históricamente han sido excluidos y estigmatizados.

En este sentido, se considera que entender la discapacidad desde un modelo social implica tener en cuenta el lugar que ocupa la sociedad en tanto responsabilidad colectiva en el accionar, para lograr una sociedad inclusiva que respete y apueste a la diversidad y dignidad humana.

“El modelo médico (...) considera la discapacidad exclusivamente como un problema de la persona, directamente producido por una enfermedad, accidente o condición negativa de salud u <<otro desorden>>, que requiere de cuidados médicos y otros análogos proporcionados por profesionales e instituciones o dispositivos médicos bajo formas de tratamientos individuales (...) se dirige a conseguir la cura, la mejoría, o una más adecuada adaptación o rehabilitación de la persona, o un cambio en su comportamiento.” (De Lorenzo, 2007: 25)

Mientras que, por su parte, el modelo social entiende la discapacidad como una producción social, donde se trasciende lo meramente individualizante, dando cuenta de su aspecto social.

“... traslada el foco de lo individual a lo social, de la discapacidad como carencia de la persona que hay que remediar a la discapacidad como producto social, como <<constructo>> resultado de las interacciones entre un individuo y un entorno no concebido par él. (...) A diferencia del modelo médico que se asienta sobre la rehabilitación de una sociedad que ha de ser concebida y diseñada para hacer frente a las necesidades de todas las

personas, gestionando las diferencias e integrando la diversidad.” (De Lorenzo, 2007: 26)

Ahora bien, en cuanto a la deficiencia intelectual –que es en la que singularmente se detiene este trabajo-, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la misma refiere a:

“... un trastorno (que) se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio, con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa.” (1995: 39)

Los sujetos se encuentran enmarcados en una totalidad que los trasciende y a la vez define su realidad, la cual se encuentra en constante interacción dialéctica con los demás. Por lo tanto, se torna imprescindible considerar el contexto en el cual el sujeto está inmerso al momento de llevar adelante un diagnóstico.

Por otro lado, vale aclarar que existen distintos grados de deficiencia intelectual: leve, moderado y profundo o severo.

Cada persona cuenta con diversas facultades, potencialidades, y capacidades. El desarrollo de las mismas no sólo depende del nivel biológico o genético, sino también de la influencia del entorno o contexto (cultural, social, económico, político) en el que las personas están insertas.

Vale destacar, retomando lo antedicho, que se considera la discapacidad intelectual como una construcción social. Esto conduce a pensar que muchas veces es la sociedad de acuerdo a determinados parámetros de normalidad (tal como se expondrá en los próximos apartados) la que “discapacita” a las personas.

“... los planteos aparecen, por lo general, unidireccionalmente, es decir desde la “sociedad” hacia el discapacitado, lo que sería desde una posición pensada como “saber” hacia una de “no saber”. Desde esta perspectiva, son los individuos “normales” los que concluyen que deben hacerse cargo de aquellas personas que se hallan en otro tipo de condiciones...” (Míguez, 2003: 58)

Procesos de medicalización de la vida social

Antes de comenzar a exponer el presente apartado, se considera relevante responder a la siguiente interrogante: ¿qué se entiende con el término medicalización en el campo de las Ciencias Sociales?

“... los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios.” (Menéndez apud Mitjavila, 1998: 2)

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

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

Se produce desde la esfera de la medicina un control y disciplinamiento de los cuerpos, a través del higienismo, y de la importancia de la salud que tienen por objeto el cuerpo de los individuos. En este sentido, es posible afirmar que existe:

“...una práctica de medicalización directamente orientada hacia el cuerpo del deficiente, pero existe sobre todo una medicalización de su vida cotidiana (...) Así, la medicalización puede ser interpretada en términos de ideología dominante.” (Skliar, 2000: 5)

Los diagnósticos, de este modo, forman parte de la cotidianeidad de las personas con deficiencias tornándose una herramienta fundamental en este proceso medicalizador. Por tal motivo, la medicalización implicó, en general pero particularmente para la discapacidad, un dispositivo de control de los cuerpos:

“...un dispositivo que conjuga tácticas y tecnologías específicas como el consecuente protagonismo médico para evaluar los cuerpos y distinguirlos entre discapacitados/no discapacitados, normales/anormales, lo que se objetiva en un diagnóstico.” (Vallejos, 2006: 6)

Vallejos (2010) plantea que la idea de deficiencia se constituye como tal desde el momento que se comienza a nombrarla; más específicamente, a partir que desde un saber profesional se la diagnostica como tal. La medicina ha creado dispositivos y un entramado de conocimientos legitimados socialmente con el propósito de intervenir en la vida humana, lo que a su vez implica un ejercicio del poder sobre el cuerpo del otro. La medicina se ha convertido en un saber que se delimita en función de la coerción, el control y el disciplinamiento de los cuerpos. (Mitjavila, 1988)

Antes bien, para que algo pueda ser medicalizado, plantea Mitjavila (1998), debe ser clasificado, evaluado en torno a la noción de normalidad/anormalidad, pues las prácticas y acciones médicas establecen e instituyen normas.

¿Sociedad “empastillada”?

El mundo moderno exige a las personas ser flacos, lindos, inteligentes, atractivos, “sanos”, etc. De este modo, en los últimos tiempos se han venido practicando, inventando e innovando distintas técnicas e instrumentos que permitan a las personas alcanzar tales exigencias.

En este contexto, una respuesta “rápida y eficaz” parece ser el consumo excesivo de distintos medicamentos: antidepresivos, ansiolíticos, vitaminas, etc. De esta forma, se vive en una sociedad de las “soluciones prácticas”, encontrando en los medicamentos una de las principales vías de respuestas. A tal punto de usarlos a manera de prevenir,

ante un “por las dudas que me duela la cabeza, me tomo una aspirina”. Como consecuencia de ello, en ocasiones, se produce lo que se conoce como “sobreinformación de la enfermedad”. Es decir, “la circunstancia mediante la cual la medicina tipifica un problema de salud como más predominante y/o más grave de lo que sus evidencias objetivas posteriormente pueden mostrar”. (Mitjavila, 1998: 42)

Ahora bien, no solo se produce una sobreinformación de la enfermedad, sino también en estos procesos de medicalización de la vida diaria se crean enfermedades. Así, se produce:

“... la medicalización de la vida diaria de las personas con fines económicos o de marketing, por medio de la creación de enfermedades o la exageración de situaciones fisiológicas, asociándolas con posibles sufrimientos o patologías (“disease mongering”) (...) (comprendido) en el marco de estrategias de promoción impulsadas por las empresas farmacéuticas con el objetivo de ampliar el mercado de medicamentos, que reclaman la respuesta meditada y concertada de los diversos actores involucrados.” (Viera, 2008: 130-131)

De este modo, se originan procesos de etiquetamientos de conductas, creando nuevos trastornos psiquiátricos para aquellas personas que exteriorizan conductas que se desvían de lo socialmente esperado: desorden de la personalidad, ansiedad social, desorden de la conducta, hiperactividad, entre otros tantos.

El sujeto se encuentra enmarcado en una totalidad, en una realidad que impone un deber ser, que impone modas, conductas. Una sociedad que excluye al otro distinto, o a quien simplemente no se adecua a tales exigencias. Entonces, ¿cuán libre es realmente el sujeto enmarcado en esta realidad? ¿Elige realmente? ¿Cuán libre es al momento de elegir cómo proyectarse?

El sujeto no es un ser dado, se va definiendo en relación a sus elecciones. Tales elecciones se encuentran en relación dialéctica con el contexto en el cual el sujeto está inserto.

“La libertad humana precede a la esencia del hombre y la hace posible; la esencia del ser humano está en suspenso en su libertad. Lo que llamamos libertad es, pues, indistinguible del ser de la “realidad humana”. El hombre

no es primeramente para ser libre después: no hay diferencia entre el ser del hombre y su 'ser-libre'." (Sartre, 2006: 73)

Dado que el sujeto no se encuentra aislado, sino por el contrario enmarcado en una totalidad, su libertad, cuando hay compromiso, depende también de la libertad de los otros.

"... el hombre es un ser en el cual la esencia está precedida por la existencia, que es un ser libre que no puede, en circunstancias diversas, sino querer su libertad, he reconocido al mismo tiempo que no puedo menos de querer la libertad de los otros." (Sartre, 1947:64)

De este modo, ¿es posible no elegir adecuarse a las exigencias de la sociedad moderna? ¿Cuáles son las consecuencias cuando ello sucede? ¿Cuan libre es el sujeto, que enmarcado en esta sociedad, exterioriza conductas que difieren de lo socialmente esperado? En el contexto de una sociedad capitalista, donde cada vez se rinde más culto al cuerpo, el consumo excesivo se convierte en moneda corriente, tornándose necesario sujetos productivos hoy para la reproducción del mañana, ¿cuan libre es el sujeto? ¿Puede elegir vivir alejado de este contexto?

"La elección es posible en un sentido, pero lo que no es posible es no elegir. Puedo siempre elegir, pero tengo que saber que, si no elijo, también elijo. (...) el hombre se encuentra en una situación organizada, donde está él mismo comprometido, compromete con su elección a la humanidad entera, y no puede evitar elegir." (Sartre, 1947:52)

El sujeto nace en un mundo ya constituido, pero ello no significa que carezca de la libertad de elegir como vivir en ese mundo. Por el contrario, es él quien a través de su libre accionar es responsable y se compromete, tanto individual como colectivamente. El sujeto debe reconocerse en la historia, dado que es a partir de ella que está en un continuo hacerse, y donde se pone en juego la intersubjetividad, puesto que el sujeto no solo define lo que es él sino también los otros. De este modo, la elección individual y comprometida de cada sujeto construye lo universal.

Heller (1998) distingue entre ser particular (“hombre medio”) e individuos, estando caracterizada tal distinción por ser el individuo, quien actúa conscientemente, el único capaz de superar su cotidianeidad. El “hombre medio” alienado deja de lado su esencia genérica, “*en la medida en que dicha alienación reduce su esencia a mero instrumento de su existencia*”. (Heller, 1998: 12)

El ser particular es aquel que no se objetiva ni cuestiona su vida cotidiana; en términos de Sartre (2006), es el *ser en sí*, pues éste no cambia ni se proyecta a un posible. El *ser para sí*, en cambio, es el ser que se proyecta hacia el futuro, recuperando pasado (biografía) y futuro en una procesualidad dialéctica. Además de lo que se proyecta hacer, está presente lo que se hizo, las elecciones y acciones pasadas. Esto implica tanto al sujeto en su singularidad, así como su vaivén con lo colectivo.

Según Heller, “*la vida cotidiana está cargada de alternativas, de elecciones*”, y cuanto más compromiso personal haya en la elección de tales alternativas, se trata menos de una decisión cotidiana, y de este modo, “*termina la muda coexistencia entre particularidad y especificidad*”. (1985: 47, 48)

Según la autora, el sujeto cuenta con un margen de movimiento o *posibilidades de libertad* para desarrollarse en su vida cotidiana, y si tal margen no existe se produce la *extrañación* de la vida cotidiana, extrañación “*respecto de las posibilidades concretas del desarrollo específico de la humanidad*”. (Heller, 1985: 64)

Este punto es de suma importancia en la delimitación del objeto, pues se entiende pertinente plantear la interrogante acerca de cuan libres son (en la conducción y desarrollo de su vida cotidiana) los sujetos que exteriorizan conductas distintas a lo homogéneo, es decir, aquellas personas que se apropian y jerarquizan su vida de manera distinta a lo esperado por aquellos especialistas posicionados desde parámetros medicalizadores y desde un saber/poder que los legitima.

El sujeto a través de sus elecciones va eligiendo y conformando su ser. De esta forma, la existencia precede, está antes que la esencia. (Sartre, 1947) El sujeto comienza por no ser, no tiene esencia, si existencia. El sujeto conquista, descubre su ser a través de sus elecciones, de sus acciones y de su proyecto. Cada elección implica un acercamiento al ser, y supone a la vez considerar el aspecto ontológico dado que el sujeto elige lo que es y le da sentido a su vida.

La responsabilidad que supone para el sujeto que su elección individual compromete a la humanidad entera genera angustia. No se trata pues, “*de una angustia que conduzca*

al quietismo, a la inacción. Se trata de una simple angustia que conocen todos los que han tenido responsabilidades”. (Sartre, 1947: 59)

Los distintos momentos de objetivación habilitan al sujeto a ser conscientes de su alienación y, por ende, de su falta libertad (entendida ésta como emancipación individual o colectiva).

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

Ahora bien, ¿qué sucede con aquellos sujetos que históricamente han sido excluidos, etiquetados, siendo su libertad alienada, quedando su pasado, presente y futuro determinados por otros que dicen estar “calificados” social y/o científicamente para tal emprendimiento? La respuesta a esta pregunta implica la responsabilidad y compromiso de todos en tanto posibilidad de lucha y revelación, como sujetos activos, en procesos de constante superación de relaciones cosificadas donde el sujeto se transforma en un objeto despojado de todo compromiso de acción y actuando de “mala fe”.

“La mala fe es evidentemente una mentira, porque disimula la total libertad de compromiso (...) hay también mala fe si elijo declarar que ciertos valores existen antes que yo...” (Sartre, 1947: 58)

Produciendo al otro desde la “tipología de sujeto normal”

Con el devenir de la modernidad se han producido procesos de cosificación (relaciones en tanto cosas, objetos y no sujetos) de las relaciones humanas, caracterizadas por la desigualdad y reproducción de un sistema hegemónico y normalizante, el cual establece distinciones entre un “nosotros” y “otros”, ubicados

estos últimos en una situación de subordinación y dominación respecto a los primeros. De este modo, la noción de normalidad se ha utilizado históricamente como una categoría que permite controlar, corregir, rehabilitar y establecer límites en relación a ese “otro” distinto.

La noción de normalidad utilizada para establecer diferencias, clasificaciones y ordenamientos entre los individuos da cuenta de una relación entre los mismos, pero definida o visualizada en tanto objeto (en contraposición a sujeto) de dominación, donde claramente se deja de lado la dignidad humana y los derechos inherentes a toda persona.

“...la conciencia moderna tiende a otorgar a la distinción entre lo normal y lo patológico el poder de delimitar lo irregular, lo desviado, lo poco razonable, lo ilícito y también lo criminal. Todo lo que se considera extraño recibe, en virtud de esta conciencia, el estatuto de la exclusión...” (Foucault, 1996: 13)

Así, la normalización procura la homogenización de la sociedad (en este contexto la capitalista). La normalidad se relaciona con la idea de ser útil para seguir reproduciendo la lógica capitalista: *“lo normal se asemeja a lo eficiente, lo competente y lo útil: un cuerpo normal se puede adaptar eficientemente a los requerimientos de la vida productiva”*. (Vallejos, 2008: 3)

Las “diferenciaciones” propias de la sociedad capitalista generan procesos de exclusión para quienes no se adecuan a los parámetros de normalidad. Entendiendo la exclusión como:

“...un proceso cultural que implica el establecimiento de una norma que prohíbe la inclusión de individuos y de grupos en una comunidad socio-política (...) Un proceso histórico a través del cual una cultura, mediante el discurso de verdad, crea la interdicción y la rechaza.” (Fleury in Skliar, 2000: 9)

La idea de normalidad comprende la idea de un “deber ser” que orienta, estimula y estereotipa conductas, actitudes, formas de pensar, sentir y hacer en relación al otro. Así pues, al decir de Vallejos (2008), *“la normalidad es la medida del mundo”*. De este

modo, lo distinto, lo desconocido, es considerado por fuera de la norma y por tanto es sancionado, apartado, cuestionado, controlado, y las más de las veces disciplinado, o “rehabilitado”, o sea, corregido, vuelto a la “normalidad”.

Se asiste a una época donde la clasificación, estandarización y ordenamiento de los sujetos en relación a otros sujetos (considerados “normales”) se ha naturalizado al punto de existir *“un millar de recetas para parecernos a nosotros mismos de acuerdo a otro, para acercarnos a la figura que más se asemeja a lo que queremos parecer siendo igual a otro”*. (Scribano, 2002: 50)

En este contexto, el significado otorgado a la discapacidad está relacionado a la idea de normalidad que controla los cuerpos, los cuales son medidos en relación a cierta tipología determinada social, cultural e históricamente.

“La discapacidad es una categoría social y política; es una condición producida por la interrelación de las estructuras económica, social y cultural con la deficiencia, es decir, es una forma de opresión social que impone limitaciones a los sujetos que presentan algún déficit. La construcción de la normalidad como categoría de señalamiento.” (Vallejos, 2008:1)

Las relaciones de dominación trascienden las relacionadas al capital/trabajo, siendo así producidas y reproducidas en las demás relaciones sociales, dando cuenta de diferenciaciones entre los sujetos en los demás niveles: social, cultural y simbólicamente, y estableciendo líneas demarcatorias y patrones entre lo que es normal y no lo es para luego interpretar y evaluar tales relaciones. De este modo, se establece quien es “discapacitado”³, así como también el grado de la discapacidad. (Vallejos, 2007)

Al estudiar la discapacidad, se debe tener en cuenta que la misma se encuentra comprendida en el marco de las relaciones de producción y reproducción propios de cada sociedad. Lo antedicho permite entenderla como una producción social, y de este modo superar la idea de déficit, *“su pretendida causalidad biológica y consiguiente carácter natural, a la vez que posibilita entender que su significado es fruto de una*

³ Aquí se refiere a “discapacitado” en tanto es la sociedad quien “discapacita” al sujeto.

disputa o de un consenso, que se trata de una invención, de una ficción y no de algo dado". (Vallejos, 2010: 3)

Para superar la noción de normalidad como "modelo humano perfecto", se entiende trascendental dar cuenta de la importancia de la dimensión subjetiva, de modo que ello permite reconocer las distintas trayectorias, en tanto singularidad de cada sujeto enmarcados en contextos históricos, sociales, económicos y culturales distintos. De este modo, surge la necesidad del reconocimiento de la diversidad en un proceso desmedicalizador de superación de los parámetros clasificatorios, lo cual implica reconocer que el ser social en su devenir, desde su infancia, interioriza un orden social que le es externo y lo trasciende. Así, tener en cuenta la subjetividad implica reconocer que cada sujeto realiza dicha interiorización y apropiación de manera distinta. De igual manera, implica considerar la complejidad de las situaciones, superando una mirada homogeneizante sobre las mismas.

Concebir al sujeto activamente es definirlo de acuerdo a sus posibilidades de acción, de superación de su "situación objetiva". (Sartre, 1970) De modo que si bien no todos los seres humanos pueden ser protagonistas de su devenir y proyecto con la misma intensidad, es responsabilidad y compromiso del colectivo superar las condiciones objetivas de quienes son excluidos por diferenciarse de la norma. En este sentido, "*todo proyecto, por más individual que sea, tiene un valor universal*". (Sartre, 1947: 52)

Cierto es que el ser humano define su existencia en relación a otro, pero ello no supone que ese otro se torne un modelo ejemplarizante que establezca una única y válida manera de pensar, sentir y hacer. El ser humano es un ser en relación e interacción dialéctica con los demás, estando así siempre presente la dimensión intersubjetiva.

CAPÍTULO II:

EL PROCESO DE MEDICALIZACIÓN Y LA EDUCACIÓN ESPECIAL. PARTICULARIZANDO EN URUGUAY

"La medicalización de la sociedad -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 dominante en el saber científico."

(Barrán, 1992a: 17)

El proceso de medicalización en el Uruguay del novecientos

El devenir de la sociedad Uruguaya en el Novecientos da cuenta de la influencia de la clase médica, en tanto saber/poder legitimado social, cultural, política e ideológicamente, ante una sociedad signada por el disciplinamiento y control de los cuerpos y las sensaciones. En este contexto, al decir de Barrán (1992) el Uruguay "bárbaro" fue dando paso (mediante un creciente proceso de medicalización y disciplinamiento) a un país moderno, "civilizado".

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

victoriosa, segura de si misma y sus valores, la burguesía decimonónica, a la que la mayoría de la “clase” medica perteneció y expresó.” (Barrán, 1995: 226)

La salud, mediante la creciente importancia y apelación a la higiene, se tornó un valor fundamental para promover y controlar desde el saber médico, el cual establecía los límites de lo sano, lo enfermo, lo normal. De este modo, se pretendía expandir la intervención de la medicina no solo a quienes estaban enfermos sino también a toda la población. De esta manera, el higienismo penetró todos los ámbitos de la sociedad como ser la escuela, los hogares, los lugares de trabajo y de descanso.

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

Este proceso de medicalización implicó el control y disciplinamiento de la sociedad. *“El control de movimiento de los habitantes, la declaración obligatoria de las enfermedades, la desinfección y el aislamiento obligatorios, la vacunación obligatoria, se fueron imponiendo sucesivamente desde fines del siglo XIX...” (Barran, 1995: 231)* El hecho de estar “sano” se relacionaba con el poder del hombre sobre el cuerpo en pos de una vida larga, productiva. Por el contrario, la enfermedad representaba el mal, la debilidad.

Es preciso destacar que este valor a la salud y a la higiene fueron transmitidos por la institución escolar fuertemente (aunque no exclusivamente), cumpliendo además con una función de control y disciplinamiento.

“El valor de la escuela no se agota en el hecho material de aprender a leer y a escribir (...) En las horas de clase no se juega, no se grita, no se ríe cuando se quiere, hay un orden fijo, una regla establecida que el niño aprende a respetar. No se va a la escuela con la cara sucia, ni con los pies

descalzos, no se asiste a clase con el cabello desgreñado, ni en mangas de camisa. El niño se acostumbra así a estar decentemente en sociedad."
(Barrán, 1992: 213)

De este modo, el cuerpo del niño fue objeto de innumerables prácticas e intervenciones físicas y psíquicas desde el mundo adulto en procura de lograr un sujeto disciplinado. Para ello era necesario "domesticar" y controlar el movimiento del cuerpo infantil, promover un lenguaje decente.

"El niño fue objeto de una particular atención por su naturaleza "bárbara" primero, y luego porque si se lograba inculcar en él el control del cuerpo, se obtendría un adulto disciplinado y respetuoso (...) Otra vez, médico y maestro, cura y policía fueron los vigilantes de la niñez y adolescencia."
(Barrán, 1992: 213)

Ahora bien, dentro del saber médico, cobra real importancia en la delimitación del objeto, tener presente la psiquiatría la cual se ubicó, a través de su poder y control social, al servicio del orden social vigente en el Uruguay del novecientos. De este modo, la institución psiquiátrica (hospital mediante) se transformó en unos de los establecimientos que reflejó la autoridad y control del médico frente a la población transgresora de los parámetros normativos y de socialización permitidos social, política y culturalmente en esa época.

"Comenzó a afirmarse la existencia de seres "fronterizos" entre lo patológico y lo normal. 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)

El Manicomio Nacional (actualmente Hospital Vilardebó) fue testigo de incesantes castigos dado que se consideraba que "el loco por la pena es cuerdo". (Barrán, 1994:

16) De igual manera, se practicaron técnicas y terapias con el propósito de disciplinar y “curar”.

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

El control de los vicios también estuvo presente en la institución psiquiátrica estableciendo sanciones para quienes hacían uso y abuso de ellos. Por otro lado, se establecieron distinciones y jerarquías a la interna del establecimiento psiquiátrico (etarias, según conductas, etc.), lo cual establecía distintos “privilegios”. (Barrán, 1994)

El devenir de las sociedades demuestra cómo la locura es una construcción social que refleja los valores fundamentales de cada época. De este modo, el Uruguay del novecientos definió la locura como *“la instalación del desorden, la desobediencia y el ocio, una triple violación de los valores esenciales del orden mental establecido”*. (Barrán, 1994: 18)

En este contexto, la “cura” para la locura se encontraría en prácticas que permitan recuperar el respeto al orden y a la autoridad. De este modo, horarios, hábitos, en fin, disciplina estaban presentes en la cotidianeidad de los pacientes internados en el establecimiento psiquiátrico.

“Levantarse y acostarse, higienizarse el cuerpo, desayunar, almorzar, merendar y cenar a horas fijas y predeterminadas, trabajar con horarios estrictos, habitar y concentrarse siempre en el mismo lugar, era acostumar el espíritu y la vista de los locos a los actos regulares de la vida, primera etapa en la recuperación de la Razón.” (Barrán, 1994: 18)

Devenir de las escuelas especiales en Uruguay

La Ley de Educación Uruguaya, en su artículo 8º, plantea el derecho a la diversidad e inclusión en materia educativa. En este sentido:

“El Estado asegurará los derechos de aquellos colectivos minoritarios o en especial situación de vulnerabilidad, con el fin de asegurar la igualdad de oportunidades en el pleno ejercicio del derecho a la educación y su efectiva inclusión social. Para el efectivo cumplimiento del derecho a la educación, las propuestas educativas respetarán las capacidades diferentes y las características individuales de los educando, de forma de alcanzar el pleno desarrollo de sus potencialidades.” (Ley N° 18 437, 2008:1)

De este modo, la Educación Primaria en Uruguay atiende la discapacidad a través de distintas propuestas: clases de apoyo, a través de maestros itinerantes⁴ en escuelas comunes, en modalidad de talleres, y en Escuelas Especiales. Éstas últimas son:

“escuelas públicas que focalizan su trabajo en el desarrollo del trabajo de los maestros y alumnos, en un lugar que debe servir de marco adecuado para crear un ambiente favorecedor de los procesos de enseñanza y aprendizaje. Trabaja con niños, adolescentes y jóvenes con discapacidades, ya sea en el marco de escuelas con atención específica de personas con estas características como en escuelas comunes en las cuales se los integra al aula.” (Mides, 2009: 1)

Se considera relevante en este punto plantear brevemente el devenir histórico de las denominadas Escuelas Especiales en nuestro país.

⁴ “Los maestros itinerantes surgen a partir de la implementación del Proyecto de Integración. Se denominan así los maestros especializados que recorren una serie de centros escolares comunes, con el fin de orientar y apoyar al maestro común y al niño con necesidades especiales de aprendizaje en la tarea de integración. Brindan atención pedagógica, aportan recursos didácticos, buscan soluciones para mejorar la atención del alumno. Recorren las escuelas; realizan traslados de casos; organizan el trabajo; realizan seguimiento de alumnos integrados. Coordinan la atención al alumno con otros organismos públicos y privados. Este maestro, que debe tener cierto perfil, cumple un rol especial al orientar y apoyar al alumno, al docente, al profesor, al director de la escuela común y a los padres. Conjuntamente con el maestro común evalúa el desarrollo del grupo en cuanto a la interacción social.” (Informe sobre el estado actual de la educación para las personas con discapacidad, 1993: 5)

La primera Escuela Especial fue destinada a los sordos en el año 1909 y cuatro años después se establece la denominada Escuela al Aire Libre. La siguiente frase ilustra el pensamiento de la época en relación a la deficiencia intelectual: *“El retrasado mental no aprende porque no puede sino porque no quiere”*. (Chango, 2001: 43)

Es en este contexto que surge la Educación Especial en manos del consejero Emilio Verdesio del Consejo de Enseñanza Primaria y Normal, con el objetivo de:

“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)

Verdesio procuró establecer ámbitos educativos donde se separaban a los niños/as “normales” de aquellos que presentaban dificultades y/o tiempos distintos en el proceso de aprendizaje. Tiempo después quedó demostrado que este tipo de acciones no contribuyeron para lograr una mejor calidad educativa. (Chango, 2001)

En el año 1927 se funda la Escuela de ciegos y se crean Clases Diferenciales destinadas a *“los débiles mentales y retrasados pedagógicos”*. Tres años después se crea la Escuela Auxiliar y la escuela para *“lisiados, mutilados y raquíuticos”*. En el año 1932 se abre el Laboratorio Psicopedagógico Sebastián Morey y Otero, donde distinguían si la dificultad que se percibía en los niños/as era debido a problemas permanentes, pasajeros o se debían a causas externas a éste/a. (Chango, 2001)

Dos décadas después (50´) se producen avances en el ámbito de la Educación Especial.

“La educación especial cobra nuevo impulso con la Maestra Eloísa García Etchegoyhen de Lorenzo, quien transforma la Escuela Auxiliar, ahora Escuela de Recuperación Psíquica N°1, dando participación activa a los padres, y poniendo énfasis en la integración del alumno “retardado mental” en la vida familiar y social, favoreciendo la interacción con técnicos y profesionales del Equipo Multidisciplinario de la escuela. Se

proporcionaba atención desde el nacimiento a la edad adulta.” (Chango, 2001: 52)

Con el propósito de lograr la inserción de los/as jóvenes al mercado laboral, en 1958 se crean los talleres protegidos. En la década del '60 se fundan una gran cantidad de escuelas especiales ya que se marginaban rápidamente en las “escuelas comunes” a aquellos niños y niñas que no llegaban al nivel esperado en determinadas tareas y test. En 1987 comienzan a desarrollarse en algunas “escuelas comunes” del país ámbitos especiales que funcionen de apoyo para aquellos niños que tienen una mayor dificultad en el aprendizaje. Pero no tuvo continuidad, pues las docentes expresaban no tener formación para atender las “diferencias”. (Chango, 2001)

El devenir de la educación especial demuestra cómo las producciones histórico-sociales en torno a la deficiencia parten de un modelo medicalizador, donde a través de clases diferenciales, tests, y mediante la utilización de distintos términos (“débiles mentales”, “retardados”, etc.) se procuraba la homogeneización del grupo de estudiantes. De modo que ello oculta y demuestra a la vez una cultura basada en la responsabilización y culpabilización del sujeto particular (y su familia). Así, se exterioriza el orden social, cultural, político, ideológico y económico vigente en esa época caracterizado por apartar al “otro” distinto. En este contexto, el *campo de los posibles* de los sujetos con deficiencia se hallaba constreñido en tanto encontraban (y aún hoy persiste) su autonomía (entendida como posibilidad y libertad de elegir) restringida por una sociedad y concretamente una institución educativa que aparta, clasifica y ordena sujetos. De este modo, se visualiza una sociedad fundada en polarizaciones y dicotomías.

Cuando se planteaba que el objetivo de la educación especial era “proteger al deficiente”, esa necesidad de protección demuestra dicha dicotomía, donde por un lado están quienes se encuentran “calificados”, los “normales” y por otro los “necesitados de protección”. Esta realidad no sólo está presente en la manera de entender la educación especial a lo largo de la historia sino que también ha devenido hasta nuestros días.

“La educación especial conserva para sí una mirada iluminista sobre la identidad de los sujetos, esto es, se vale de las oposiciones de normalidad/anormalidad, de racionalidad/irracionalidad y de completud/incompletud como elementos centrales en la producción de

discursos y prácticas pedagógicas. Los sujetos son homogeneizados, infantilizados y, al mismo tiempo, naturalizados, valiéndose de representaciones sobre aquellos que está faltando en sus cuerpos, en sus mentes y en su lenguaje.” (Skliar, 2000: 4)

CAPÍTULO III:

¿PROYECTANDO CUERPOS "DORMIDOS"?

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

(Míguez, 2009: 35)

A lo largo de la historia se observa como la escuela trasciende su función exclusivamente referida al aprendizaje, pues también vigila, premia, castiga y disciplina, controla conductas y cuerpos.

"No basta con definir racionalmente una organización por los servicios que ésta brinda o está destinada a brindar. Hay que tener en cuenta además que la fábrica o la compañía, producen modelos de comportamiento, mantienen normas sociales..." (Lourau, 1970:13).

Ahora bien, se puede decir que desde el propio funcionamiento de la escuela se reproduce la lógica de la sociedad capitalista: que los niños/as sean productivos para reproducir dicha lógica. De esta forma, la escuela como institución interioriza determinadas conductas en los niños y niñas pretendiendo así lograr un sujeto útil y productivo para la sociedad del mañana.

De acuerdo con lo planteado por Míguez (2009) en relación a las escuelas de contexto crítico, pero posible de ampliar a las escuelas especiales (muchas de las cuales están insertas en un contexto socioeconómico vulnerable), se entiende que desde dicha institución se le exige al niño/a

“...estar sentado en un pupitre en aula, siguiendo las pautas y estandarizaciones de la normalidad moderna (...) Sentarse derecho y mirando al frente. ¿Cómo lograrlo si su cotidianeidad es atravesada por otras realidades? La niñez de contexto crítico tiende a pasar gran parte de sus horas en la calle, jugando y/o trabajando; exacerbando su ser en las más de las veces sin sujeción disciplinar.” (Míguez, 2009: 38)

En definitiva, parece quedar al descubierto que la medicación atraviesa la vida cotidiana de muchos de los niños y/o adolescentes que concurren a las escuelas especiales. Se da cuenta, de este modo, como el proceso de psiquiatrización de niñas y niños ha aumentado significativamente en el Uruguay en los últimos años. (Míguez, 2010)

Mediante los discursos de los docentes, así como también de algunos referentes familiares⁵ queda al descubierto lo naturalizado que se encuentra tal proceso de medicación, y más allá aún, los procesos de medicalización cotidianos que atraviesan dichos niños/as y adolescentes. De esta forma, lo antedicho demuestra (aunque sin pretensiones de generalizar) cómo algunos docentes (aunque no exclusivamente) no trascienden lo inmediato, lo “fenoménico” o lo aparente de estas situaciones; es decir, no ven más allá, no se cuestionan por qué ese niño/a “hace ruido en la clase” culminando muchas veces en la solución simplista y rápida de causa efecto (“molesta” - es medicado).

No obstante, cabe aclarar que a los efectos del presente trabajo no se buscan los responsables, en términos de “buenos” y “malos”; por el contrario, se procura llevar a cabo una discusión crítica reflexiva que ponga en evidencia una situación que como

⁵ Esta afirmación remite a la experiencia personal de la práctica pre-profesional a nivel de MIP II y MIP III, donde tales discursos quedaban al descubierto; así como también de la lectura de distintos estudios. Entre ellos cabe destacar: “La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya”, de María Noel Míguez (2010).

sociedad ha ido naturalizando, y por tanto una situación que trasciende las implicancias individuales para transformarse en una implicancia colectiva.

“Resulta necesario no solo exigir un cambio en estos dispositivos, sino desnaturalizar esta lógica de la impotencia, de manera que logren visualizarse alternativas viables a esta exacerbada sujeción.” (Míguez, 2009: 42)

En un contexto escolar caracterizado por niños/as que vivencian cotidianamente situaciones de vulnerabilidad social, económica, cultural y política, donde se plantea que los recursos desde la institución educativa son escasos para atender los diferentes niveles de aprendizaje que conviven dentro de un mismo grupo, se encuentra en la medicación la solución más “oportuna” para lograr la mayor homogeneización posible, siendo muchos de los/as alumnos/as medicados/as por problemas conductuales. De esta forma, lo que se busca es claramente, en este caso desde la institución escolar, el control de los cuerpos. De este modo, la medicación parecería ser la solución más rápida para remediar ese problema sin ahondar demasiado en otras posibles causantes de la “mala conducta” de los niños/as.

Cabe destacar que se produce un exceso de responsabilización hacia la familia (especialmente en contextos socio económicos vulnerables), y por tanto no se considera la temática en su complejidad y multicausalidad. De este modo, queda al descubierto un ideal de deber ser hegemónico para la familia, el cual es reforzado y consolidado desde la institución médica y educativa. Dicha familia, a su vez, la más de las veces se convierte en objeto de intervención desde diversas disciplinas, siendo cuestionada e indagada en sus prácticas, las cuales como ya fuera expresado, escapan al deber ser establecido socialmente.

¿Cómo se proyectan hacia el futuro estos niños/as y adolescentes?

El sujeto se caracteriza por su continua realización y superación (en tanto sujeto individual) en un proceso dialéctico de vaivén entre su ser particular y el colectivo. De este modo, tal superación supone la concreción de un proyecto particular mediante

momentos de objetivación (“fuga”), lo cual implica la negación de las condiciones objetivas anteriores, en tanto las conserva, habilitando la producción y reproducción de la vida social. Así, el proyecto supone *“fuga y salto adelante, negativa y realización, mantiene y muestra a la realidad superada, negada por el mismo movimiento que la supera...”* (Sartre, 1970: 78)

Ante lo expuesto queda en evidencia la calidad de sujeto activo en la construcción de su propia historia y porvenir. La historia de vida como trayectoria individual enmarcada por distintos procesos de interiorización y apropiación de lo externo se encuentra en constante relación con el proyecto de vida que cada sujeto construye permanentemente en el devenir de su historia personal y colectiva. De este modo, todo sujeto tiene proyecto. Cómo proyectarse dependerá de dicha apropiación e interiorización, así como de la jerarquización que cada sujeto hace de su vida, en un proceso dialéctico con el entorno más inmediato y las condiciones materiales de existencia.

Las diversas conductas, acciones (u omisiones) impuestas desde el mundo adulto hacia los niños/as condicionan el proyecto de éstos últimos. Así, *“la más rudimentaria de las conductas se tiene que determinar a la vez en relación con los factores reales y presentes que la condicionan y en relación con cierto objeto que tiene que llegar y que trata de hacer que nazca”*. (Sartre, 1970: 77)

El sujeto será lo que ha proyectado ser (por ende, distinto a la voluntad que tiene el sujeto), de modo que posee la responsabilidad de su existencia. Pero una responsabilidad que trasciende su ser, siendo al mismo tiempo colectiva. Su subjetividad queda, entonces, comprometida y entendida en dos sentidos.

“Subjetivismo, por una parte, quiere decir elección del sujeto individual por sí mismo, y por otra, imposibilidad para el hombre de superar la subjetividad humana. El segundo sentido es el sentido profundo del existencialismo. Cuando decimos que el hombre se elige, entendemos que cada uno de nosotros se elige, pero también queremos decir con esto que, al elegirse, elige a todos los hombres. En efecto, no hay ninguno de nuestros actos que, al crear al hombre que queremos ser, no cree al mismo tiempo una imagen del hombre tal como consideramos que debe ser.” (Sartre, 1947: 23)

En este contexto, de acuerdo al tema en cuestión, cabe las siguientes interrogantes: ¿Cómo influye la medicación en el proyecto de vida de los niños/as y adolescentes? ¿Realmente se cuestiona ello o tan solo interesa que en el presente el niño/a “no moleste” o “se porte bien”?

Sartre (1970) plantea que las estructuras de la sociedad le definen al hombre una situación de partida, pero aclara que se le define en la medida que el hombre la supera constantemente en relación a sus posibles. De este modo, el “campo de los posibles” es “*el fin hacia el cual supera el agente su situación objetiva*”. (Sartre; 1960:79)

En este punto surgen nuevas interrogantes: ¿de qué “superación” se habla en el caso de dichos niños/as y adolescentes? ¿Cuán amplio o reducido está su “campo de los posibles” en virtud de lo que han ido interiorizando a lo largo de sus respectivas vidas?

El campo de los posibles se presenta como el horizonte de posibilidades de actuación y superación del ser, estando así, por un lado, presente la singularidad del sujeto, y por otro, el colectivo que lo contiene. De este modo, el proyecto de vida implica un constante vaivén entre la singularidad del ser y el colectivo, habilitando momentos de objetivación, superando y conservando las condiciones concretas de su existencia.

Se entiende, siguiendo a Sartre, que a lo largo de la vida los hombres van dando un doble movimiento dialéctico: “*la interiorización de lo exterior*” y “*la exteriorización de lo interior*” (1970: 81). Los sujetos a lo largo de su historia, desde la más temprana edad, se van apropiando de determinados valores y pautas de conductas que hacen posible su *autoconservación* (Heller, 1994); es decir, interiorizan conductas socialmente aceptadas y homogeneizadas. Se produce un proceso de interiorización de lo externo. Ahora bien, ¿qué sucede cuando se exteriorizan conductas que escapan a lo socialmente esperado? Es ahí muchas veces donde se cuestiona, corrige, rehabilita, normaliza, controla.

De este modo, “*la casualidad no existe, o por lo menos no existe como se cree: el niño se convierte en tal o cual porque ha vivido lo universal como particular*”. (Sartre, 1970: 54)

Los niños/as en la actualidad reciben cada vez más exigencias desde el mundo adulto reflejado en distintas tareas, actividades que se esperan que cumplan con cierto ritmo. De este modo, se apropian de los valores y pautas impuestas desde un nivel universal, pero mediando la particularidad de su contexto social, histórico, político y cultural, así como la singularidad del contexto más cercano (por ejemplo, la familia).

“... 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, 1970: 75)

La sociedad como colectivo posee un proyecto a futuro en relación a las nuevas generaciones, que se sustenta a través de las exigencias de mayores estudios, mayor capacitación para mayor éxito en la sociedad del mañana.

Pero, ¿qué sucede con aquellos/as niños/as que por su trayectoria de vida no comparten tal proyecto? ¿Qué sucede con aquellos/as que no alcanzan o no se adaptan al ritmo de vida esperado y/o aceptado socialmente?

Hoy se exige mejor escolaridad, distintos idiomas, informática, deportes, en fin, que aprendan la mayor cantidad de cosas posible y rápidamente, es decir, en el menor tiempo. Ello se traduce en extensas jornadas diarias en distintos centros educativos y demás actividades (psicomotricidad, educación física, entre otros.)

Ahora bien, ante esta realidad cabe preguntarse: ¿existen los espacios recreativos suficientes y/o adecuados para la niñez de hoy? ¿Qué se entiende por espacios recreativos? El ocio, ¿está mal visto? Ante una sociedad que prepara y exige sujetos competitivos, productores de capital, el tiempo dedicado para el juego y el ocio es cada vez más escaso.

Además, ¿cuán subjetivos y autónomos son los proyectos de vida de estos niños/as? ¿Y los de sus familias? ¿Cuán “desviados” están sus propios proyectos en relación a las expectativas sociales ante un “deber ser”?

Mioto (1997) plantea que uno de los cambios ocurridos a la interna de las familias en los últimos tiempos refiere a que se ha producido cierta autonomía entre los miembros de la misma, provocando de esta forma, que a menudo los proyectos de vida individuales sean distintos a los proyectos de vida familiares.

Pero, ¿qué sucede en el campo de la discapacidad? ¿Realmente tiene la persona en situación de discapacidad (o aquella que es ubicada en situación de discapacidad, etiquetados con una “discapacidad social”) un proyecto de vida propio, desde su pensado sentido? En caso de que lo tenga, ¿cuán distinto es el proyecto de vida de la persona en situación de discapacidad en relación a lo que su familia y/o sociedad espera

para ella? Además, ¿cómo se proyectan los/as niños/as que en el ahora se los medica sin un diagnóstico previo? ¿Cómo incide ello en su proceso identitario?

Un aspecto interesante a destacar remite a la derivación de muchos niños/as a las escuelas especiales por “mala conducta”. De este modo, la escuela especial se ha ido superpoblando y alejando de sus objetivos específicos. Niños/as sin diagnóstico, por su “mala” conducta, sin tener una deficiencia intelectual diagnosticada, pasan a ser considerados con discapacidad. En este contexto, es que se estima que en las escuelas especiales (principalmente en Montevideo) la cifra de niños/as medicados asciende de un 30% a un 80% aproximadamente. (Míguez, 2010)

Entonces, ¿es posible en la singularidad de estos niños/as que están siendo sometidos a una medicación abusiva considerando las situaciones socioeconómicas que atraviesan su realidad lograr tal superación ante un saber hegemónico, legitimado y prestigioso socialmente que les dice frecuentemente que eso es lo que deben hacer? Es en este contexto que se considera de suma importancia comenzar procesos críticos reflexivos procurando desnaturalizar tal problemática, pues se entiende que:

“...por muy reducido que sea el campo de los posibles existe siempre y no debemos imaginarlo como una zona de indeterminación, sino, por el contrario, como una región fuertemente estructurada que depende de la Historia entera y que envuelve a sus propias contradicciones.” (Sartre, 1970: 79)

La ampliación del “campo de los posibles” está determinada por el momento y contexto histórico, social, político, etc. Por tanto, ¿cuáles son las posibilidades reales de ampliación de sus posibles de estos niños que muchas veces son etiquetados con una discapacidad “social” en un contexto que busca al otro eficiente para reproducir la lógica mercantilista?

Se entiende que tal ampliación está enmarcada en un contexto donde se busca al “otro productivo” y se rechaza aquel que no produce de acuerdo a lo esperado, aquel que “molesta”.

“Estos cuerpos que ya se perciben como improductivos para el sistema capitalista del mañana, mejor dejar estancados desde el hoy. Todo sea por el derecho a reivindicar de quienes comparten sus espacios en aula

(quienes si serán productivos); porque quienes no molestan qué culpa tienen de compartir sus horas con cuerpos en continuo movimiento.”
(Míguez, 2009: 38)

En el sistema capitalista de la sociedad contemporánea se vulnera, acallan las diferencias, y desprotege, con el fin de mantener su propio orden.

En definitiva, estos cuerpos pequeños, atravesados por procesos identitarios que le definen socialmente una discapacidad, desde su singularidad están paralelamente ocultando y manifestando a la vez una realidad actual muy compleja, enmarcada en una sociedad con múltiples contradicciones, donde se plantea a la educación como el lugar a partir del cual se puede lograr un “futuro mejor”, pero es desde allí donde se aquietan esos cuerpos que “molestan”. 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 lo revela la generalidad de su clase en esta experiencia singular”*. (Sartre, 1970: 69)

La figura del niño/a últimamente ha sido depositaria de cierta culpabilización e individualización de los problemas que trascienden particularidades. De este modo, ante la acción de medicar sujetos concretos sin un diagnóstico efectivo, se oculta una realidad por demás compleja, despojando así de todo compromiso y responsabilidad al colectivo como tal. En este contexto, se evita el ejercicio de pensar inversamente; es decir, se ve en el niño/a como aquel/lla que no se adapta a lo esperado, en lugar de cuestionar prácticas pedagógicas y/o didácticas, currículas homogéneas para grupos que claramente no lo son; dando cuenta que no hay lugar a la diversidad. Entonces, ¿por qué no pensar que los centros educativos en la actualidad no están preparados para enfrentar nuevos desafíos ante nuevas inquietudes de la niñez de hoy frente a una currícula homogénea y preestablecida? ¿Se piensa realmente que los niños/as de hoy son distintos que los de ayer? Se entiende que la niñez en la actualidad presenta intereses, desafíos, oportunidades, inquietudes, distintas a la de los niños/as de antes; por tanto ¿se tiene en cuenta ello al momento de pensar proyectos educativos? Aquellos/as niños/as etiquetados/as de inquietos, ¿no estarán exteriorizando necesidad de cambios? A través de sus manifestaciones conductuales, ¿no exteriorizan lo que han interiorizado de una sociedad que se caracteriza en ser cada vez más violenta?

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

Podría pensarse la escuela como centro de referencia en relación a la posibilidad de ampliación del campo de los posibles. Sin embargo, se visualizan diversas contradicciones. Por ejemplo, se los medica en el presente para que sean productivos, pero se les restringe sus posibles en relación al futuro cuando ello se realiza sin diagnóstico previo e incluso cuando ingresan niños/as a una escuela especial por “mala” conducta.

Se entiende, pues, según una investigación⁶ sobre esta temática que existe una gran diferencia en la ampliación del campo de los posibles entre los niños y niñas medicados/as provenientes, por un lado, del ámbito educativo privado, y por otro, de escuelas de contexto crítico, lo que se acentúa más aún en las escuelas especiales. Mientras que los primeros, seguramente, encontrarán o se les proporcionará las herramientas (materiales, sociales y culturales) para seguir adelante reproduciendo esta lógica capitalista burguesa, incluso comenzando este proceso desde pequeños (ámbitos educativos sumamente personalizados donde preparan estos pequeños cuerpos para que sean parte de un mañana productivo a través de la realización en el ahora de múltiples tareas: maestras particulares, informática, idiomas, atención psicopedagógica, entre otros.); por el contrario, los/as niños/as que concurren a las escuelas especiales ya encuentran constreñido su campo de los posibles por una conjunción de hechos que hacen que los mismos no sean funcionales a la lógica capitalista de producción, no adecuándose a un deber ser, y por tanto debiendo ser corregidos y controlados desde el mundo adulto.

⁶ La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya”, de María Noel Míguez (2010).

“Antagónicamente, (a los niños/as provenientes de las escuelas de contexto crítico) los niños y niñas de contextos privados adquieren un manejo tal de la medicación, una utilización de la misma para los fines propios a la productividad que se les exige, que las más de las veces son el punto de partida de futuras adicciones. Pero hay una distinción (de clase) importante entre un joven con discapacidad de contexto “socio-cultural” crítico luego de un proceso de 10 años de medicación con psicofármacos, que un joven de “buen nombre” que luego irá utilizando drogas más fuertes para seguir andando porque en estas sociedades modernas, mientras las manifestaciones públicas sean hegemónicas lo que se haga en el ámbito privado ya hace a la constitución de cada individualidad, m’s si se trata de sujetos reproductores de una hegemonía del deber ser (burgués) a diferencia de aquellos que se perdieron en el camino ya antes de haber nacido” (Míguez, 2010: 327)

No obstante, cabría preguntarse, si desde una mirada inversa, en realidad estos/as niños/as no están siendo funcionales a esta lógica capitalista, consumista y mercantilista; es decir, visualizado desde el mercado donde esta niñez se ha transformado en un nuevo horizonte de consumo de psicofármacos, el cual moviliza gran cantidad de dinero y crece cada día más. Lo antedicho podría reflejar una mirada hacia esos niños/as y jóvenes que deja de lado su calidad de sujeto, transformándose en objeto de consumo para las grandes empresas farmacéuticas.

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

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

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

No obstante, las emociones son *“el trampolín de nuevas y radicales subjetividades”*. (Luna y Scribano, 2007: 20) Entonces, ¿por qué no pensar que estos cuerpos pequeños y las más de las veces vulnerables están pidiendo a través de su accionar etiquetado de inquieto cambios, ser escuchados? En lugar de ello, se los silencia con una pastilla.

“... es la medicalización de niños y adolescentes, en que se suele silenciar con una pastilla, conflictivas que muchas veces los exceden y que tienden a acallar pedidos de auxilio que no son escuchados como tales. Práctica que es muy diferente a la de medicar criteriosamente “cuando no hay más remedio” en que se apunta a atenuar la incidencia desorganizante de ciertos síntomas mientras se promueve una estrategia de subjetivación que apunte a destrabar y potenciar, y no sólo suprimir. Un medicamento debe ser un recurso dentro de un abordaje interdisciplinario que tenga en cuenta las dimensiones epocales, institucionales familiares y singulares.” (Manifiesto de Buenos Aires, 2011: 2)

El no ser y sentir como se espera, el ser rotulado, etiquetado, conformando procesos identitarios en la exclusión genera dolor. Un dolor social que:

“...se inscribe en las superficies de una minusvalía respecto a la posibilidad de la acción, un descontrol respecto a qué pasó y un “yo no puedo” engancharme en eso que pasó. El sentir(se) menos y la vivencia de no poder “gobernar” la acción que trae aparejada la compasión conjura y constituye dialécticamente el dolor. Así se parte del dolor, se pasa por la minusvalía y el descontrol para llegar nuevamente al dolor.” (Scribano, 2007: 7)

De acuerdo con lo expresado, ¿es posible superar las condiciones objetivas ante subjetividades cargadas de dolor?

Un punto trascendental a tener en cuenta remite a los distintos procesos de naturalización vivenciados en los últimos tiempos en relación a estos procesos de medicalización en niños/as y adolescentes. De este modo, tal naturalización así como la ausencia de reflexión y compromiso de acción pueden conducir a la “des-afección” de la sociedad respecto a una temática por demás compleja e importante, produciendo un *“estado de aguante” de la fuente de dolor, generando el permanente “me da lo mismo”, es decir, elaborando un contexto perceptual de aceptación del dolor”*. (Scribano, 2007: 7)

Un nuevo negocio: la niñez que ya no molesta, consume

En el contexto de una sociedad altamente medicalizada y mercantilista hasta las cuestiones más íntimas de los sujetos (depresión, ataques de ansiedad, hiperactividad, entre otros) parecen encontrar la “solución” más rápida en el mercado a través del consumo de pastillas que según parece son un recurso rápido, que esconde por cierto una lógica de razonamiento lineal (tengo tal o cual problema, entonces consumo tal medicación, y por tanto me siento mejor –aunque sea por un breve tiempo-).

Es de este modo que en los últimos tiempos los/as niños/as se han convertido en un foco de atención y potencial consumo para los laboratorios farmacéuticos sin importar demasiado la subjetividad de tales niños/as. Lo que importa es “ganar”, parece no importar demasiado a causa de que. A su vez, en cuanto al acceso a los medicamentos, se considera que en Uruguay es relativamente fácil.

A modo de ejemplo, la Junta Internacional de Estupefacientes, la cual depende de Naciones Unidas, indicó que el consumo mundial de metilfenidato⁷ pasó de menos de tres toneladas en 1990 a más de 15, 4 en 2001 (Vitette, 2008)

⁷ Psicoestimulante de la familia de las anfetaminas. Droga estimulante del sistema nervioso central. Utilizado para diagnósticos de déficit atencional e hiperactividad.

En el año 2006 en Uruguay la venta de Ritalina⁸ a nivel de Ministerio de Salud Pública (MSP) alcanzó a 11056 cajas de treinta comprimidos a un precio de \$400. (Vitette, 2008)

Los últimos datos publicados dan cuenta de lo siguiente:

“Las importaciones de ritalina (metilfenidato) aumentaron respecto al año pasado -2009- y a fin de año alcanzarían una cifra récord de 20 kilos de sustancia, según proyectó el observatorio del sistema judicial Fundación Justicia y derecho. (...) el aumento de las importaciones evidencia que el MSP no está cumpliendo con todas las exigencias requeridas a nivel judicial para controlar el uso.” (Palummo In Portal 180.com, 2010: 1)

Además del metilfenidato se utilizan en los niños/as otras drogas como: risperidona (antipsicótico), valproato (anticonvulsivo), clonazepam (ansiolítico y anticonvulsivo), sertralina (antidepresivo). Como cualquier otro fármaco, dichas drogas poseen efectos colaterales. Entre ellos cabe destacar: vómitos, alteraciones conductuales, dolor de cabeza, disminución del apetito y sueño.

Entre la duda y la desconfianza...

En el año 2007 el Observatorio Jurídico le inició un juicio al Ministerio de Salud Pública con el propósito de que brinde información acerca de la comercialización de los medicamentos que contengan metilfenidato. Desde ese momento *“se denunciaron varias irregularidades: aumento de las importaciones de la ritalina, tratamientos indicados por médicos que no son especialistas, escuelas que no dejan entrar a niños con déficit atencional si no están medicados, falta de terapias alternativas o complementarias a la medicación.”* (Palummo In Portal 180, 2010: 1)

Desde la Clínica Jurídica del Observatorio del Sistema Judicial se solicitó al MSP información para:

⁸ Nombre comercial del metilfenidato

“...poder realizar un contralor de la utilización del psicoestimulante realizando un contraste de esos datos con información estadística secundaria demográfica, socio-económica, y referida al sistema educativo. La situación que se pretendió examinar se vincula no sólo a la praxis médica- posible sobre diagnóstico generalizado- sino también a la ausencia de estrategias pedagógicas y la estigmatización de los niños y adolescentes que son calificados como hiperactivos.” (Palummo In Clínica Jurídica del Observatorio del Sistema Judicial, 2010: 3)

Un año después, en el 2008, desde el Observatorio se inicia un nuevo juicio al MSP por un gran aumento en la importación y consumo del metilfenidato en niños/as y adolescentes.

A su vez, Uruguay ha recibido varias recomendaciones internacionales cuestionando el excesivo uso de la droga. Tal es el caso del Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas. De este modo, el MSP está ahora obligado a controlar el consumo de ritalina en los niños/as.

De todos modos, la duda persiste: ¿se materializa esto realmente en la realidad más concreta? Si bien se entiende que es un paso importantísimo, la intervención en la vida en la realidad de estas familias a menudo demuestra que aún falta mucho por hacer. Además, ¿qué sucede con las demás drogas también utilizadas (risperidona, clonazepam, etc)? Es trascendental que también se debe información acerca del uso y consumo de estas drogas que en la actualidad están siendo utilizadas también en la niñez y adolescencia, particularmente en el ámbito de la educación especial. El MSP debe asumir eficazmente su función de “policía sanitaria” controlando el uso y consumo de medicamentos, a modo de asegurar el derecho que todo ciudadano debe tener en relación al acceso a la información.



REFLEXIONES FINALES

"Todo está oscuro todavía y sin embargo todo está en plena luz"⁹

El abordaje realizado a lo largo del presente trabajo dirigió su análisis hacia la problematización sobre los procesos de medicalización que actualmente atraviesan la realidad de la niñez y adolescencia en las escuelas especiales de "discapacidad intelectual".

Pensar y analizar la temática en cuestión desde el existencialismo Sartreano permitió una aproximación a la comprensión de una realidad por demás compleja. De este modo, comprender que cada elección que hacen los sujetos a lo largo de sus vidas compromete a la humanidad entera implica que cada acción no puede pensarse como aislada; cada ser en su accionar pone en juego la dimensión intersubjetiva. Así, cada acción va conformando formas "aceptadas" de sentir, hacer, y pensar.

Cada sujeto construye su proyecto en virtud de que ha ido interiorizando a lo largo de su vida. Proyecto que no está determinado únicamente por las acciones llevadas a cabo por el sujeto concreto, sino se encuentra en vaivén dialéctico con las condiciones objetivas y con el colectivo.

Actualmente, predomina un mundo adulto (respaldado por un saber/poder legitimado) que medica subjetividades vulneradas y la más de las veces cargadas de dolor, plasmados en pequeños cuerpos que construyen una identidad etiquetada.

En este contexto, diversos aspectos entran en cuestión al momento de llevar a cabo una mirada crítica-reflexiva en torno a esta temática.

En primer lugar, surge la imperante necesidad, al momento de realizar un diagnóstico, de tener presente la trayectoria de vida del sujeto así como escuchar su propia voz. Es trascendental considerar que la etapa vital de la infancia y la adolescencia particularmente, constituyen momentos de cambios complejos en la conformación de la subjetividad de los sujetos, siendo a su vez el contexto en el cual se encuentran insertos los mismos un determinante fundamental. Es menester considerar estas etapas como momentos procesuales de cambios, regresiones, progresiones, tanto a nivel físico como afectivo.

⁹ Sartre, J.P (1970) "Crítica de la razón dialéctica". Ed. Losada, Segunda Edición. Bs. As. Argentina. Pag. 77

A su vez, también surge la incertidumbre de cuan subjetivos pueden llegar a ser los diagnósticos (¿depende o varía según qué profesional lo realice?).

En segundo lugar, cabe destacar como la escuela más allá de su incesante intento por disciplinar, controla. Aquellos cuerpos que no acatan el orden conductual establecido se los controla con una pastilla. No solo se controlan y regulan movimientos, también sensaciones. Por tanto, se comparte que:

“Un desafío de la batalla contra la expropiación corporal lo constituye la necesidad de hacer que, de echar fuego, a la diversidad de rostros y sus específicas formas de luminancia. Hacer que, aquellos rostros perdidos, seriados, rigidizados, escamoteados, se encuentren, se diferencien, se identifiquen, en una de las facetas centrales de la recuperación de una rostricidad autónoma y abierta a lo multitonal.” (Luna y Scribano, 2007: 23)

Por último, se entiende que la medicación abusiva con psicofármacos en las escuelas especiales (aunque no exclusivamente) es una temática muy compleja, que si bien por un lado se puede decir que actualmente se encuentra en debate o por lo menos en conocimiento, sin embargo, por otro lado lo naturalizado que está hace que se oculten diversas realidades que están por detrás de estos procesos. En este sentido, se entiende pertinente que tenga lugar un debate crítico que presente la voz de todos los actores involucrados en procura de comenzar procesos de desnaturalización de la temática en cuestión. Así, queda al descubierto la urgencia de espacios que habiliten una real discusión y reflexión donde se interpele esta realidad; permitiendo momentos de objetivación que trasciendan el ámbito académico y/o profesional considerando a todos los actores implicados, donde la complejidad de las situaciones de los sujetos permita considerar su historia de vida, contexto social, cultural, político y económico, procurando de este modo evitar aparentes “soluciones” ante situaciones que necesitan inevitablemente ser consideradas en su complejidad.

Bibliografía

Acosta, L. (1999) "Consideraciones sobre la historia del Servicio Social" en temas de Trabajo Social. Ciclo Básico. FCS, UdelaR. Montevideo, Uruguay

Aramayo, M (2005) "La Discapacidad, construcción de un modelo teórico venezolano. Caracas; UCV- Fondo Editorial de la Facultad de medicina.

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

Barrán, J.P. (1992) "Historia de la sensibilidad en el Uruguay" Tomo I La cultura bárbara (1800-1860). Tomo II El disciplinamiento (1860-1920) Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo Uruguay

Barrán, J.P. (1994) "Poder psiquiátrico y control social en el Novecientos". En Revista Historia y Docencia. Año I N° 1 Julio. Revista de la asociación de profesores de Historia del Uruguay. Montevideo, Uruguay.

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

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

De Lorenzo, R. (2007) "Discapacidad, sistema de protección y Trabajo Social" Ed. Alianza. Madrid, España

Foucault (1996) "La vida de los hombres infame". Editorial, La Piqueta. Madrid

Foucault, M (1996). "Sujeto y poder" en Revista de Ciencias Sociales. Numero 12. Montevideo.

Foucault, M (2002) “Vigilar y castigar”. Ed Siglo XXI. Argentina

GEDIS (2008) “Los hijos de Ritalina”. Departamento de trabajo Social. FCS. UdelaR. Montevideo, Uruguay

Heller, A. (1985) “Historia y vida cotidiana”. Enlace-Grijalbo Mexico.

Heller, A (1998) “La revolución de la vida cotidiana”. Ed. Península. Tercera edición. Barcelona, España

Kosik, Karel (1967) “Dialéctica de lo concreto”, Capítulos I, II y III. Ed. Grijalbo, México.

Lourau, René (1970) “El análisis institucional”. Introducción. Ed. Amorrortu

Luna, R y Scribano, A (2007) “Contigo aprendí... Estudios sociales de las emociones” CEA-CONICET. Universidad Nacional de Córdoba- CUSCH. Universidad de Guadalajara. Córdoba, Argentina

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995) DSM –IV. Masson. España

Míguez, M N (2009) La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva en la niñez de contexto crítico. En revista Frontera N° 5. Departamento de Trabajo Social. FCS- UdelaR, Montevideo.

Mitjavila, M (1998) El saber médico y la medicalización del espacio social. Documento de trabajo N° 33. Departamento de Sociología, FCS, UdelaR Montevideo, Uruguay

Montaño (1999) “La naturaleza del Servicio Social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad, y su reproducción”. Ed. Cortez Editora. San Pablo

Rodríguez, N. (1994) “El desencanto de lo político” En “Multiplicidad y subjetividad” Editorial Nordan. Montevideo, Uruguay.

Sartre, J.P. (2006) “El ser y la nada.” Editorial Losada. Bs As, Argentina

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

Sartre, J.P (1970) “Crítica de la razón dialéctica”. Ed. Losada, Segunda Edición. Bs. As. Argentina.

Sartre, J.P (1964) “Lo imaginario: psicología fenomenológica de la imaginación.” Editorial Losada. Bs As, Argentina

Scribano, A (comp.) (2007) “Mapeando interiores. Cuerpo, Conflicto y Sensaciones.” CEA-CONICET. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

Skliar (2002) “¿Y si el otro no estuviera ahí? Notas para una pedagogía de la diferencia” Buenos Aires, Argentina.

Skliar, C (2000) “La invención de la alteridad deficiente desde los significados de la normalidad”

Fuentes documentales:

Caso Metilfenidato: El consumo de psicotrópicos por parte de niños, niñas y adolescentes. Clínica Jurídica. Observatorio del Sistema Judicial. Disponible en <http://www.observatoriojudicial.org.uy>

CIF OMS: <http://www.rau.edu.uy/fcs/dts/miguez/terminologia.pdf>

Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. Aprobada en Guatemala e, el 7 de junio de 1999. Disponible en Internet: <http://www.parlamento.gub.uy/html.Stat.Archivo> consultado en Junio de 2009

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006). Entrada en vigor 13 mayo de 2008. Disponible en: www.acnur.org/biblioteca/pdf/6401

Denuncian alto uso de ritalina en niños (2010). En Portal 180.com Disponible en <http://www.180.com.uy/>. Página Web visitada en noviembre de 2010

Guía de recursos del MIDES (2009). Disponible en: Recursos <http://guiaderecursos.mides.gub.uy/mides/text.jsp?contentid=6670&site=1&channel=mides>. Página visitada, Junio 2011

González, L (2005) La educación en el Uruguay ¿excluye la capacidad de incluir? Tesis de Grado. UdelaR. Montevideo, Uruguay

Informe sobre el estado actual de la educación para las personas con discapacidad (1993) OEI (Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura). Disponible en <http://www.oei.es/quipu/uruguay/index.html>. Página web visitada en julio, 2011.

Ley de Educación (2008) N° 18.437. Disponible en www.ces.edu.uy

Manifiesto de Buenos Aires: “Por un abordaje subjetivante del sufrimiento psíquico en niños y adolescentes-No al DSM” (2011). Disponible en <http://stopdsm.blogspot.com/2011/05/el-manifiesto-de-buenos-aires-por-un.html>

Míguez, M. N (2003) Construcción social del la discapacidad a través del par dialéctico integración-exclusión. Tesis de Maestría. UdelaR-UFRJ. Montevideo, Uruguay

Míguez, M. N (2010) La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya. Tesis doctorado. UBA. Buenos Aires, Argentina

Morales, A. (2009) “La ciudadanía desde la diferencia: reflexiones en torno a la comunidad sorda” En Revista Latinoamericana de Educación Inclusión. Volumen N° 3.

Ortega, E (2003) El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad Uruguaya en el período neobatllista. Tesis de Maestría. UdelaR. Montevideo, Uruguay.

Vallejos, I (2007) “Las representaciones sociales de la discapacidad. Entre la diferencia de lo que falta y la diversidad de lo que abunda.” Primeras Jornadas Institucionales sobre discapacidad en la Facultad de Ciencias Sociales: “De-construyendo mitos para construir inclusión”. Montevideo, Uruguay.

Vallejos, I (2007) “¿Y si no estuviera dada en la naturaleza? Algunas precisiones conceptuales para pensar la ideología de la normalidad y la producción social de discapacidad.” Primeras Jornadas Institucionales sobre discapacidad en la Facultad de Ciencias Sociales: “De-construyendo mitos para construir inclusión”. Montevideo, Uruguay.

Vallejos, I. (2006) “La producción social de la Discapacidad. Una apuesta de ruptura con los estereotipos en la formación de Trabajadores Sociales” IV Jornadas Nacionales “Universidad y Discapacidad” Facultad de Trabajo Social- UNER. Disponible en: <http://www.rau.edu.uy/fcs/dts/gedis>.

Vallejos, I (2008) El otro anormal. Disponible en: <http://antropologiasocialulm.blogspot.com/2008/07/el-otro-anormal-indiana-vallejos.html>. Pagina Web visitada en octubre, 2010

Vallejos, I (2010) ¿Y si la discapacidad no estuviera dada en la naturaleza? Tensiones entre el modelo médico y el modelo social. Disponible en: <http://cuadernos.inadi.gob.ar/numero-01/vallejos-discapacidad-naturaleza>. Pagina Web visitada en octubre, 2010

Vitette, V. (2008) Medicación con reguladores de carácter en niños y niñas del Uruguay. Una pastilla antes de la escuela nos cambia la vida en el aula. Tesis de Grado. UdelaR. Montevideo, Uruguay.