

La medicalización de las infancias, ¿hacia una coerción de sus proyectos de vida?

Lucía Sánchez Solé*

Recibido: 05/06/2014

Aceptado: 25/06/2014



Resumen

El presente artículo invita a reflexionar en torno a los procesos de medicalización con psicofármacos en la infancia uruguaya en el marco de las escuelas especiales de discapacidad intelectual. A lo largo del texto se analiza la incidencia de estos procesos en el proyecto de vida de los niños/as que en la actualidad están siendo medicados y colocados en una situación de discapacidad. De este modo se plantea que, el análisis histórico de la sociedad uruguaya, permitiría comprender los actuales procesos de medicalización.

Palabras Clave

Infancia, medicalización, discapacidad, proyecto de vida.

Medication of Infancy, towards a coercion of their projects of life?

Abstract

The present article invites to reflect around the processes of medication with psychotropic drugs the Uruguayan infancy within the framework of special schools for intellectual impairment. Along the text the incidence of these processes is analyzed in the project of life of the boys and girls who are being medicated and placed in a handicapped situation. In this way it is stated that, the historical analysis of the Uruguayan society, would allow understanding the present processes of medication.

Key Words

Infancy, medication, impairment, project of life.

* Universidad de la República, Uruguay. E-mail: luciasanchez.s@hotmail.com

“Mucha magia y mucha suerte tienen los niños que consiguen ser niños.” (E. Galeano)

1. Introducción

El presente artículo surge de 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 trata acerca de los procesos de medicación con psicofármacos en niños y niñas que concurren a escuelas especiales de «discapacidad intelectual» en Uruguay, mediando en el análisis el proyecto de vida como parte constitutiva de su ser.

Se considera que el problema a abordar está presente en la actualidad; por lo tanto, su estudio resulta vigente y relevante toda vez que arroja luz a interesantes interrogantes en el contexto de una sociedad en que se visualizan y vivencian crecientes procesos de medicalización. Será, precisamente, a partir de estos dispositivos biomédicos, desde los cuales se establecerán patrones clasificatorios de los sujetos en torno a la idea de normalidad, al demarcar las líneas clasificatorias entre salud y enfermedad. Desde tales prácticas y discursos se apela —desde un saber científico legitimado y hegemónico— a un «estado de no salud» que pretende justificar, en este caso, el uso excesivo de psicofármacos en niños y niñas que no se adecúan al deber ser conductual establecido socialmente.

Estudiar la temática en cuestión implica posicionarse, intelectual y políticamente, en una concepción que comprende al sujeto como un actor que juega un papel preponderante y activo en la construcción de su propia historia, es decir, como *productor* y *producto* de la misma. De este modo, lo que se pretende no es buscar responsabilidades singulares y específicas, sino entender este fenómeno como una responsabilidad colectiva y; que por tanto, nos atañe como sociedad.

En atención a estos elementos, el enfoque teórico–metodológico del presente trabajo, se fundamenta en un abordaje dialéctico de la realidad, retomando el método regresivo–progresivo planteado por Sartre (1970). El «vaivén» regresivo–progresivo permite estudiar la realidad en su complejo movimiento desde la constitución del sujeto —particular y colectivo—, como creador y productor de su propia historia. Se presenta así una lógica expositiva en la delimitación del objeto que retoma el movimiento dialéctico de «vaivén».

Para cumplir con tal propósito, en una primera parte, se plantea cómo han devenido distintas nociones y visiones en torno a la discapacidad, tomando posición desde una matriz teórico–metodológica y ético–política que se orienta hacia un «modelo social» de la intervención e investigación sobre la discapacidad. De tal modo, se pone énfasis en considerar a la persona en situación de discapacidad como sujeto de derechos, en un contexto donde, más allá de lo discursivo, el significado otorgado a la discapacidad está relacionado con la idea de normalidad que ejerce control sobre los cuerpos a partir de una determinada tipología social, cultural e histórica. Lo antedicho se manifiesta en una realidad caracterizada por crecientes procesos de medicalización, medicamentación y mercantilización de la sociedad, es decir, por la creciente penetración del saber biomédico en diversos aspectos de la vida social, lo que ha producido, al mismo tiempo, una ampliación del campo de

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

actuación de la medicina que trasciende lo relacionado con la enfermedad y su cura (Masana, 2010; Untoiglich, 2014).

Un segundo momento propone un movimiento regresivo, dando cuenta de los procesos de medicalización en el Uruguay del novecientos, que se manifestó en el control y disciplinamiento de la sociedad, tornándose la salud —mediante la creciente importancia y apelación a la higiene— un valor cultural fundamental, que se representó en la hegemonía del saber médico para establecer los parámetros entre lo sano, lo enfermo, lo normal, lo patológico.

Mediante este movimiento progresivo en torno a la delimitación del objeto de investigación, la última parte da cuenta de cómo los fenómenos planteados en los dos primeros momentos se manifiestan, actualmente, en la realidad de los niños y niñas 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 texto surgen distintas interrogantes en relación al proyecto de vida de los infantes que, en el presente, están siendo medicados con psicofármacos, o bien colocados en una dudosa situación de discapacidad, dado que no existe un diagnóstico objetivo previo, o simplemente su situación es producto de derivaciones de una escuela «común» a una «especial» por «mala» conducta.

Finalmente, se plantean algunas reflexiones provisorias que no tienen otra ambición, más que invitar a los lectores, a mirar con otros ojos la temática abordada.

2. La producción social de la discapacidad en un contexto medicalizador y normalizante

2. 1. Discapacidad: algunos aportes para una aproximación conceptual

Se considera a la discapacidad como una producción social en estrecha reciprocidad con las relaciones de producción del saber biomédico que sería propio de las sociedades capitalistas, del cambio en el mercado de trabajo, de la constitución de sujetos útiles y de la normalidad como valor deseable (Vallejos, 2007).

La aproximación médica a la discapacidad es posible de ser observada incluso en documentos internacionales en los que se visualiza claramente la idea de normalidad-anormalidad, al plantearse que las «deficiencias» están vinculadas al estado biomédico del cuerpo y sus correspondientes funciones, y que: *“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”* (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001:18). También se afirma 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)”* (OMS, 2001: 206).

Posicionarse desde un modelo que se acerque más a lo social al momento de entender e investigar 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; sin embargo, guardan tanta distancia en sus significados, que se puede estar en situación de una y no de otra.

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

Al respecto, la Organización de las Naciones Unidas [ONU] en la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* propone una definición desde un modelo social al ampliar la mirada de corte puramente médico y normalizante. En ella se asevera que:

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.

(ONU, 2006: 3)

En este proceso de superación de un modelo de base médica por uno que se acerque más a una concepción social, cobra real importancia tener presente el lugar que ocupa el resto de la sociedad en la inclusión, exclusión o integración de las personas con discapacidad, dado que desde la «normalidad» se construyen barreras materiales y simbólicas que terminan por constreñir al sujeto «diferente», impidiendo con ello su posibilidad de realización. Es necesario considerar que cada sujeto se encuentra en constante interacción con los demás, y es a partir de los otros que también define su existencia (Sartre, 1973).

Lo anterior no implica una mirada pasiva del sujeto particular, pues éste también puede ser visualizado como protagonista de su propia historia, como *productor* y *producto* de la misma. Se pretende con esta comprensión superar la individualización de la responsabilidad y la culpabilización, al tomar en cuenta que la discapacidad trasciende lo meramente biológico y que; por lo mismo, ha de ser considerada en toda su complejidad.

Al respecto es apropiado insistir en la definición propuesta por la ONU (2006), citada más arriba, pues en ella se rescata ante todo, la idea de «persona con discapacidad», lo cual enfatiza la calidad de ser humano, es decir, de sujeto de derecho. Lo expresado involucra el ejercicio democrático pleno y el reconocimiento de sus rostros, sus voces y su naturaleza diferente (Morales, 2009). La misma denominación actual de «personas en situación de discapacidad» retoma el principio de sujeto de derecho y enfatiza la discapacidad como construcción o producción social. Así, es posible asumir que las diversas barreras y limitaciones que enfrentan las personas en situación de discapacidad pueden ser causadas por el contexto social, económico, cultural o político en el cual están insertas.

Se reconoce, en consecuencia, la implicancia que puede tener la sociedad en la exclusión, inclusión o integración de estas personas. Una sociedad que realmente apuesta por la inclusión es aquella que construye las condiciones 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.

Se considera que entender la discapacidad desde un modelo social implica tener en cuenta el lugar que ocupa la sociedad en el accionar para lograr una cultura inclusiva que respete y apueste por la diversidad y dignidad humana. Este modelo comprende la discapacidad como una producción social al trascender lo meramente individual y reparar en sus efectos sociales. Ahora bien, la deficiencia intelectual —en la que singularmente se detiene este trabajo—, según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 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” (Asociación de Psicología Americana [APA], 2002: 39).

Lo que no considera esta caracterización es que los sujetos se encuentran en una condición vital que; por una parte, los trasciende y; por otra, los define en su realidad, por lo que se encuentran 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. Es necesario tener presente que todas las personas cuentan con diversas facultades, potencialidades y capacidades y, que el desarrollo de las mismas, no sólo depende del nivel biológico o genético, sino también de la influencia del entorno que las rodea.

2. 2. *Procesos de medicalización de la vida social*

El término medicalización, desde una aproximación crítica en el campo de las Ciencias Sociales, alude a los diversos procesos expansivos de la medicina que, tanto en su expresión ideológica como técnica, comienza a sobrepasar sus tradicionales dominios, limitados a la enfermedad y su cura, para producir un nuevo tipo de saber que comenzará a colonizar el mundo de la vida en el contexto de la modernidad (Menéndez, 1985; Mitjavila, 1998). Desde la esfera de la medicina se perseguirá el control y disciplinamiento social a través del higienismo que tiene por objeto el cuerpo de los individuos. De manera específica, el dispositivo médico se orientará al cuerpo del «deficiente» y su «anormalidad» (Skliar, 2000).

La medicalización implicó, en general, pero particularmente para la discapacidad, un mecanismo de control de los cuerpos, es decir, “[...] 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). Efectivamente, la idea de deficiencia, se constituirá como tal desde el momento en que ella comienza a ser nombrada; más particularmente, a partir desde un saber profesional que la diagnostica como tal (Vallejos, 2010). A juicio de Mitjavila (1998), para que algo pueda ser medicalizado, debe ser clasificado, evaluado en torno a la noción de normalidad, pues las prácticas y acciones médicas establecen e instituyen normas que se han legitimado socialmente con el propósito de intervenir en la vida humana y ejercer dominio sobre el cuerpo de los otros.

2. 3. *¿Sociedad «empastillada»?*

La sociedad moderna contemporánea exige a las personas ser delgadas, atractivas, inteligentes, «sanas», etc. Debido a ello, y a otros mandatos culturales, en los últimos años se

han venido practicando, inventando e innovando distintas técnicas e instrumentos que permiten a las personas alcanzar tales exigencias. En dicho escenario, una respuesta «rápida y eficaz» parece ser el consumo de distintos medicamentos: antidepresivos, ansiolíticos, vitaminas, etc. De esta forma, se vive en una sociedad de las «soluciones prácticas» que encuentra en los medicamentos una de las principales vías de respuesta. 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).

Estos procesos de sobreinformación de la enfermedad también producen una medicalización de la vida diaria de las personas con fines económicos o de *marketing*, por medio del tráfico de enfermedades o la exageración de situaciones fisiológicas que se asocian con posibles sufrimientos o patologías «*disease mongering*» 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 (Vara, 2008). El efecto de esta práctica médica de carácter biologicista, individualista, ahistórica, asocial, mercantilista y pragmática tiene como consecuencia una serie de *iatrogenias* indeseadas (Masana, 2010).

En primer término se ubica la *iatrogenia clínica*, que generalmente se reconoce como un «error aleatorio» y que se refiere al daño provocado por los encargados de proveer la salud: médicos, enfermeros, hospitales, farmacéuticas, etc. Luego se encuentra la *iatrogenia social*, que se refiere a la dependencia adictiva de los consumidores —en su búsqueda de una solución rápida y efectiva— respecto de los proveedores de salud, más particularmente de la industria farmacéutica y las grandes corporaciones médicas. Finalmente se puede reconocer la *iatrogenia estructural*, que consiste en limitar las posibilidades de autonomía de la población para enfrentar su propio crecimiento, desarrollo, sufrimiento, dolor, enfermedad y muerte. Dicho de otro modo, en una sociedad de consumo en que la salud se concibe como una mercancía, la ampliación de las prestaciones médicas y farmacéuticas conduce a la dependencia de los individuos y; en consecuencia, inhibe su capacidad de decisión y autonomía (Masana, 2010).

Este último aspecto es de suma importancia en la delimitación del objeto, en la medida que cobra sentido formularnos el interrogante acerca de cuán libres son —en la conducción y desarrollo de su vida cotidiana— los sujetos que exteriorizan conductas, acciones, patrones o modos de vida distintas a lo esperado por especialistas posicionados desde los parámetros medicalizantes. ¿Qué sucede con aquellos sujetos que, históricamente, han sido etiquetados como portadores de un mal o de una enfermedad por los que dicen estar «calificados» social y científicamente para ejercer este poder? No debemos pasar por alto que esos procesos de etiquetamientos crean nuevos «trastornos»: desorden de la personalidad, ansiedad social, alteración de la conducta, hiperactividad, entre otros tantos, a los que, por regla general, se les atribuye una etiología y una nosología —no siempre comprobadas— que consideran una solución farmacológica. Ciertamente:

Inventar o diagnosticar «enfermedades» que no lo son, o que aparentemente podrían resolverse sin la necesidad de tratamiento farmacológico, sirve para legitimar el proceso tecnológico y el uso de nuevas terapéuticas de última generación, pero también, para legitimar el poder biomédico y sus saberes. El incremento de diagnósticos, acarrea un

incremento de prescripciones farmacológicas, que a su vez incrementa y retroalimenta el consumo de productos en una sociedad fuertemente consumista, con exceso de demanda de productos y servicios sanitarios.

(Masana, 2010: 4)

2. 4. Produciendo al otro desde la «tipología de sujeto normal»

Con el devenir de la modernidad comienzan a producirse procesos de cosificación de las relaciones humanas, caracterizadas por la desigualdad y reproducción de un sistema hegemónico y normalizante que establece distinciones radicales entre un «nosotros» y un «otros», ubicando estos últimos en una situación de subordinación respecto a los primeros. La modernidad tiende a establecer una línea de demarcación y de exclusión entre lo normal y lo anormal, lo sano y lo patológico, lo correcto y lo desviado, la razón y la locura, lo lícito y lo criminal (Foucault, 1996). Así es posible observar que 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. Tal idea de normalidad utilizada para establecer diferencias, clasificaciones y ordenamientos entre los individuos da cuenta de una relación entre los mismos, alejada de la dignidad humana y de los derechos inherentes a toda persona.

La normalización procura la homogenización de la sociedad, en el contexto de la modernidad capitalista; se homologa a la idea de ser útil para seguir reproduciendo la lógica de acumulación de la riqueza. Lo normal es sinónimo de eficiencia, competitividad, rentabilidad y adaptación eficiente a las exigencias del nuevo modelo de producción (Vallejos, 2008). Las «diferencias» que no se adecuen a estos parámetros de «normalidad», serán excluidas y prohibidas, entre otras formas, por medio de una dimensión cultural que, apelando al discurso de la «verdad» y de la interdicción, posibilitará el establecimiento de reglas, explícitas o implícitas, para segregar a grupos y poblaciones de una comunidad socio-política (Fleury, 1998).

La 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. Al decir de Vallejos (2008), *“la normalidad es la medida del mundo”*. Lo distinto, lo desconocido, es considerado fuera de la norma y; por tanto; debe ser sancionado, apartado, cuestionado, controlado, y las más de las veces disciplinado, rehabilitado, corregido, normalizado. De este modo, asistimos a una época que se caracterizará por la clasificación, estandarización y ordenamiento de los sujetos diferentes en relación a un sujeto de la «normalidad».

Será, al interior de esta trama discursiva, que la discapacidad será concebida como oposición a una tipología de lo normal, determinada social, cultural e históricamente. En otros términos, la discapacidad se convertirá en un modo de señalamiento, en una especie de categoría social y política en interrelación con las estructuras de orden económico y social que culturalmente limita a los sujetos «portadores» de algún tipo de déficit, es decir, la discapacidad es, ante todo, una forma de opresión social (Vallejos, 2008).

Las tecnologías del déficit como procedimiento médico-psiquiátrico de identificación de los individuos, de diferenciación de grupos en relación a un determinado «promedio» social, facilitaron la construcción de equivalencias entre riesgo, anormalidad e inadaptación. Lo anterior traerá como consecuencia el enlace analítico de lo conductual y lo neurológico y su desenlace en la medicalización de los sujetos (Bianchi, 2009; Germain, 2007).

3: El proceso de medicalización en Uruguay

3. 1. Breve reseña del proceso de medicalización en el Uruguay del novecientos

El devenir de la sociedad uruguaya en el novecientos da cuenta de la influencia del discurso y las prácticas médicas, en tanto saber–poder legitimado social, cultural, política e ideológicamente, ante una cultura signada por el ordenamiento, el disciplinamiento y el control de los cuerpos. En esta atmósfera de comienzos de siglo, en términos de Barrán (1992a) el Uruguay «bárbaro» fue dando paso a un país moderno y «civilizado». Esta idea, probablemente, se tradujo en el campo de la salud, en una fe ilimitada en el progreso y el perfeccionamiento del «hombre», en la creencia ciega en la ciencia como único instrumento de la salvación humana y en la confianza excesiva en una clase pujante, victoriosa y segura de sí misma y sus valores: la burguesía decimonónica, a la que la mayoría de la «clase» médica perteneció (Barrán, 1995).

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

El culto a la salud como valor absoluto condujo, progresivamente, a la medicalización de la sociedad. Ese descubrimiento —porque lo fue—, implicó un cambio en la titularidad de los creadores de las conductas morales aceptadas, pues la figura del sacerdote fue sustituida por la del médico en la dirección de las conciencias individuales. Una vida prolongada se transformó en el objetivo de la existencia y la salud pública en la suprema ley del Estado (Barrán, 1992a). En efecto, el proceso de medicalización implicó: *“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”* (Barrán, 1995: 231). El hecho de estar «sano» comienza a relacionarse con el poder del «hombre» sobre el cuerpo en pos de una vida larga y productiva.

Este culto a la salud y a la higiene fue transmitido, entre otras organizaciones, a través de la institución escolar. Para el caso habría que tener presente que el valor otorgado a la escuela no se agota en la práctica de aprender a leer y a escribir, en tanto:

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, 1992b: 213)

De tal manera, el cuerpo del niño se va transformando en «objeto» de innumerables prácticas e intervenciones físicas y psíquicas desde el mundo adulto en procura de lograr un sujeto disciplinado. Para ello fue necesario «domesticar» y controlar el movimiento del cuerpo infantil, promoviendo en él un lenguaje decente. Así *“[...] si se lograba inculcar en él el control del cuerpo, se obtendría un adulto disciplinado y respetuoso”* (Barrán, 1992b: 213).

Será la institución psiquiátrica —hospital mediante— uno de los dispositivos privilegia-

dos para controlar a las poblaciones que se considerasen transgresoras de los parámetros normativos y de socialización permitidos en la época. Entonces, el saber médico-psiquiátrico se irá ocupando de la medicalización de la conducta desviada, al tiempo que señalará las condiciones bajo las que dicha medicalización puede ser posible.

Este nuevo discurso científico conduciría, en breve término, a la psiquiatrización de toda la vida mental y a la competencia exclusiva de actuación médica sobre todo aquello que fuera considerado anormal o patológico (Barrán, 1995; Germain, 2007).

El Manicomio Nacional fue testigo de incesantes castigos, técnicas y «terapias» que tenían el propósito de disciplinar y «curar» al «desviado»; por ejemplo, se pensaba que la clinoterapia (o cama forzosa), permitía estudiar y calmar al loco y, que las inyecciones de trementina, calmaban el delirio y descongestionaban el cerebro. El control de los vicios no estuvo ausente al interior de la institución psiquiátrica y tampoco el empleo de distinciones y jerarquías etarias o conductuales. Fue así como, en el Uruguay del novecientos, la locura fue definida como “[...] *la instalación del desorden, la desobediencia y el ocio, una triple violación de los valores esenciales del orden mental establecido*” (Barrán, 1994: 18).

Como es posible observar el proceso de medicalización, históricamente, está vinculado a los de terapeutización, psicologización y psiquiatrización, y con todas aquellas prácticas relacionadas con las condiciones sanitarias y de higiene que favorecían la mantención de la vida de ingentes poblaciones. Pero también cabe destacar que la extensión de los territorios abarcados por la medicalización ha formado parte de una política de Estado, articulada no sólo al monopolio de la medicina, sino a la constitución de una sociedad normalizada (Germain, 2007).

4: ¿Proyectando cuerpos «dormidos»?

Como ya hemos señalado más arriba, en la constitución de la escuela, es posible advertir como sus discursos y prácticas trascienden una función exclusivamente referida al aprendizaje, pues también en ella se vigila, premia, castiga y disciplina. Por ello, para Lourau (1970) no es suficiente la definición racional de las organizaciones por los servicios que ofrecen, además se hace necesario considerar que éstas también producen comportamientos y normas sociales. A partir de estas premisas, no habría de resultar extraño que la medicalización haya sido empleada en el ámbito de la escuela por medio de ejercicios, instrumentos, mediciones, etc., En la escuela, la medicalización intervendrá sobre problemáticas que no son médicas, pero que responden a una lógica institucional-social y a sus articulaciones con lo subjetivo (Boggino, 2010). En este ámbito, no se puede pasar por alto que la «educación especial» nació al alero de una profunda medicalización de los pobres, los miserables y los marginales, sujetos todos «indeseables» de los cuales había que protegerse, ya que no sólo representaban un peligro para sí mismos, sino también para los demás escolares (Yarza & Rodríguez, 2007).

Parece quedar al descubierto que la medicación ha sido transversal a la vida cotidiana de muchos de los infantes que han concurrido a las escuelas especiales. En un territorio escolar caracterizado por niños y niñas que vivencian cotidianamente situaciones de vulnerabilidad social, económica, cultural y política, y en el cual los recursos educativos se vuelven escasos para atender los diferentes niveles de aprendizaje que conviven dentro de un mismo grupo, la medicación se convierte en la solución más «oportuna» para lograr la mayor homogeneización y normalización posible, sin profundizar demasiado en otras po-

sibles causantes; por ejemplo, de la «mala conducta» de los niños y las niñas. Se da cuenta, de esta forma, como el proceso de medicalización y psiquiatrización en las escuelas fue aumentado significativamente desde el Uruguay del novecientos hasta los últimos años (Míguez, 2011).

En este análisis coincide Untoiglich (2014) al mostrarnos la situación de América Latina. De acuerdo a sus estudios se estima que todos los años asciende la cantidad de niños que son derivados por las escuelas a los consultorios privados o a las unidades de salud pública, por «problemas» en sus aprendizajes y/o comportamiento. Los diagnósticos suelen adjudicar, comúnmente, estos «déficits» a los siguientes trastornos neurológicos o psiquiátricos: Trastorno por Déficit Atencional (TDA), Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD), Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) o Trastorno del Espectro Autista (TEA). A partir de estos diagnósticos y tratamientos se sugiere la derivación a centros educativos «especiales» o la obtención de un certificado de discapacidad, sin considerar las consecuencias subjetivas que esto pueda traer para los niños y sus familias.

5. ¿Cómo se proyectan estos niños y niñas hacia el futuro?

De acuerdo a Sartre (1970), 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. Se manifiesta en esta concepción la capacidad del sujeto 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. Como proyectarse dependerá de dicha apropiación e interiorización, así como de la jerarquización que cada sujeto haga de su vida en el proceso dialéctico con su entorno inmediato y las condiciones materiales de su existencia.

Pero, las diversas conductas, acciones (u omisiones) impuestas desde el mundo adulto hacia los niños y niñas condicionan el proyecto de estos últimos. De acuerdo a esta constatación cabe plantearse las siguientes interrogantes: ¿cómo influye la medicación en el proyecto de vida de los niños y las niñas? Si las estructuras de la sociedad definen al ser humano en una situación de partida y; si al mismo tiempo, éstas se muestran constantemente abiertas como posibilidad, ¿de qué «superación» se habla en el caso de los niños y las niñas?, ¿cuán amplio o reducido está su «campo de posibilidades» en virtud de lo que han ido interiorizando a lo largo de sus vidas? Considerando lo que hemos señalado, el campo de posibilidades implica siempre un constante vaivén entre la singularidad del ser y el colectivo, entre *“la interiorización de lo exterior”* y *“la exteriorización de lo interior”* (Sartre, 1970: 81).

Si 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, 1987); es decir, interiorizan lo externo por medio de conductas socialmente aceptadas y homogeneizadas, ¿qué sucede cuando se exteriorizan conductas que escapan a lo socialmente esperado? Consideremos que, en la actualidad, los niños y niñas reciben cada vez más exigencias desde el mundo adulto reflejado en distintas tareas y actividades: mayor escolaridad, manejo de más de un idioma, dominio informático, etc., que se espera aprendan en el menor tiempo posible y que se traduce en extensas jornadas en los centros educativos. Entonces, ¿qué acontece con aquellos niños y niñas que, por su trayectoria

de vida, no comparten tal proyecto?, ¿qué ocurre cuando no alcanzan o no se adaptan al ritmo de vida esperado y/o aceptado socialmente?, ¿cuán «desviados» están sus propios proyectos en relación a las expectativas sociales del «deber ser»?

Y más particularmente, ¿qué pasa en el campo de la discapacidad?, ¿de qué manera los niños y niñas en situación de discapacidad —o aquellos que han sido etiquetados como tal— pueden desarrollar un proyecto de vida propio? Y en caso de que lo tengan, ¿cuán distinto es su proyecto en relación a lo que su familia y/o sociedad espera?, ¿cómo incide, en estos procesos identitarios, la medicalización a la que son sometidas sus vidas?, ¿es posible la singularidad de los infantes derivados a las «escuelas especiales» por «mala conducta»? Este último interrogante podemos vincularlo a un dato significativo: se estima que en las escuelas especiales del Uruguay —principalmente en Montevideo— la cifra de niños y niñas medicados ha ascendido de un 30% a un 80%, aproximadamente, en los últimos años (Míguez, 2011).

Si la ampliación del «campo de los posibles» está condicionada por el momento y contexto histórico, social y político, ¿cuáles son las oportunidades reales de apertura de los «posibles» de estos niños? Estos cuerpos pequeños, atravesados por procesos identitarios que los definen socialmente «atados» a una discapacidad, están paralelamente ocultando y manifestando una realidad compleja en una sociedad con múltiples contradicciones. Una sociedad que confía en la educación el desarrollo de todas las potencialidades de los sujetos y, que al mismo tiempo, promueve el control y la medicalización de los cuerpos que «alteran» el orden institucional de la escuela. Escuela que asume un papel protagónico en la medida que se hace parte de un discurso y una práctica que consideran que los «déficit» en el aprendizaje o las «alteraciones» en el comportamiento de los niños y las niñas se producen por «enfermedades» individuales de carácter biológico o psicológico (Untoiglich, 2014).

La acción de medicar a los niños y niñas escolarizados, muchas veces sin un diagnóstico previo, conlleva en sí la concepción de que son éstos lo que no se adaptan y; en consecuencia, hay que corregir; en lugar de cuestionar las prácticas pedagógicas, los contenidos curriculares, el horario escolar, etc. Cómo sociedad, ¿por qué no pensamos que los centros educativos, en la actualidad, no están preparados para enfrentar las nuevas inquietudes que la niñez demanda?, ¿realmente nos hemos percatado que los niños y niñas de hoy son distintos a los de ayer?, ¿se tienen presente las nuevas condiciones de producción de sujetos al momento de pensar los proyectos educativos?, ¿cuáles serán las potencialidades de cambio que manifiestan aquellos niños y niñas etiquetados de «inquietos», «desordenados», «indisciplinados»? Como nos advierte Míguez:

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, 2011: 104)

Podría pensarse a la escuela como centro de referencia en relación a la posibilidad de ampliación del «campo de los posibles»; sin embargo, en su interior se visualizan diversas contradicciones. Por ejemplo, se medicaliza a los niños en el presente para que sean productivos, pero al mismo tiempo, se les restringe su futuro cada vez que se interviene medicamente sobre ellos o cuando son «ingresados» a una escuela especial por «mala conducta». Sobre esta base es posible asumir que dicha situación presenta una gran diferencia entre los niños y niñas medicados provenientes del ámbito educativo privado en comparación con aquellos procedentes de escuelas de contexto crítico. Mientras que los primeros tienen mejores condiciones de acceso a herramientas materiales, sociales y culturales para seguir desarrollando su «campo de posibles», los segundos se sienten constreñidos por una conjunción de hechos que los margina de la lógica capitalista de producción, lo que probablemente conducirá sus vidas a la corrección y al control: *“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 & Scribano, 2007: 20).

Lo antes dicho podría reflejar una mirada hacia esos niños y niñas que no considera su calidad de sujetos y los transforma en objetos de consumo para las grandes empresas farmacéuticas. Como se sostiene en el Manifiesto de Buenos Aires (2011), por medio de la medicalización de la infancia se busca silenciar conflictivas situaciones que, en la realidad, ocultan pedidos de auxilio que no son comprendidos. Rara vez nos encontramos con una práctica criteriosa en el uso de los medicamentos que, además de suprimir ciertos síntomas, impulse estrategias que tengan en cuenta la diversidad de dimensiones que configuran la vida de un ser humano. De lo contrario, sólo se promoverá la rotulación, la exclusión y el dolor. Situación que puede terminar por naturalizarse culturalmente en tanto se promueva la aceptación social del dolor (Scribano, 2007).

6. Reflexiones finales

El abordaje realizado, a lo largo del presente trabajo, dirigió su análisis a la problematización sobre los procesos de medicalización que actualmente atraviesan la realidad de la niñez, de manera particular, en lo que concierne al papel de las escuelas especiales de «discapacidad intelectual». Pensar y analizar esta temática, con algunos elementos del existencialismo sartreano, nos permitió una mejor comprensión de una realidad, por demás, compleja. Entender que cada elección que hacen los sujetos, a lo largo de sus vidas compromete a toda la humanidad, implica que cada acción no puede concebirse como aislada; cada ser en su accionar pone en juego la dimensión intersubjetiva. Y cada acción puede ir conformando formas «aceptadas» de sentir, hacer, y pensar.

Cada sujeto construye su proyecto en virtud de lo que ha ido interiorizando a lo largo de su vida. Proyecto éste que no está condicionado únicamente por las acciones llevadas a cabo por el sujeto concreto, sino también por el vaivén dialéctico que le presentan las condiciones objetivas y el colectivo. Ante un mundo en el que predomina la medicalización de las personas vulneradas, y la más de las veces cargadas de dolor, surge la imperante necesidad de tener presente la trayectoria de vida del sujeto así como la de escuchar su propia voz. Es trascendental considerar que en la infancia —una de las etapas más vulnerables en la vida de una persona— se suceden momentos procesuales de cambios, regresiones, progresiones, tanto a nivel físico como afectivo y que la escuela «especial», como institución social, puede controlar, disciplinar y medicar; o bien, hacer que en su interior los sujetos se desarrollen, reconozcan, encuentren y diferencien de manera autónoma y abierta (Luna & Scribano, 2007).

Hemos tratado de establecer que la medicación, en las escuelas «especiales», obedece a una práctica médico-pedagógica heredada de la invención de la anormalidad que se ha naturalizado, ocultando con ello, diversas realidades y subjetividades que se encuentran detrás de este proceso. En este sentido, sería pertinente instalar un debate crítico que presente la voz de todos los actores involucrados en procura de comenzar procesos de cuestionamiento de la temática expuesta. Así, queda al descubierto la urgencia de habilitar espacios que posibiliten una reflexión que interpele esta situación; procurando, al mismo tiempo, evitar aparentes «soluciones» ante realidades que necesitan ser consideradas en toda su complejidad.

Referencias bibliográficas

- ASOCIACIÓN DE PSICOLOGÍA AMERICANA [APA]. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- BARRÁN, J. P. (1992a). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos: el poder de curar*. Montevideo: Banda Oriental.
- BARRÁN, J. P. (1992b). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay. La cultura bárbara (1800-1860): el disciplinamiento (1860-1920)*. Montevideo: Banda Oriental.
- BARRÁN, J. P. (1994). "Poder psiquiátrico y control social en el novecientos". *Historia y Docencia*, 1(1), 15-20.
- BARRÁN, J. P. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos: la invención del cuerpo*. Montevideo: Banda Oriental.
- BIANCHI, E. (2009, agosto-septiembre). *Infancia anormal, medicalización, psiquiatría y Tda/H: aportes conceptuales para una arqueología del «niño desatento»*. Ponencia presentada en el XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, Argentina.
- BOGGINO, A. (2010). "La inclusión escolar en Argentina y Latinoamérica: pasado, situación actual y retos de futuro". En: *Libro de Actas. II Congreso Iberoamericano sobre el Síndrome de Down: La fuerza de la visión compartida*. Granada: Centro Español de Documentación sobre Discapacidad [CEDD], 77-92.
- FLEURY, S. (1998). "Política social, exclusión y equidad en América Latina en los 90", *Nueva Sociedad*, 156, 72-94.
- FOUCAULT, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Madrid: La Piqueta.
- GERMAIN, M. (2007). "Elementos para una genealogía de la medicalización". *Cátedra Paralela*, 4, 6-22.
- HELLER, A. (1987). *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Península.

- LOURAU, R. (1970). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- LUNA, R. & SCRIBANO, A. (2007). *Contigo aprendí... Estudios sociales de las emociones*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- MANIFIESTO DE BUENOS AIRES. (2011). *Por un abordaje subjetivante del sufrimiento psíquico en niños y adolescentes—No al DSM. Campaña Internacional STOP DSM*. [Consultado el 11 de julio de 2011], <<http://stopdsm.blogspot.com/2011/05/el-manifiesto-de-buenos-aires-por-un.html>>.
- MASANA, L. (2010, febrero). *El cuerpo medicalizado, medicamentado y mercantilizado*. Ponencia presentada en la Mesa Redonda: El cuerpo medicado, Forum Psicoanalítico de Tarragona, Federación de Foros del Campo Lacaniano, Tarragona, España.
- MENÉNDEZ, E. (1985). “El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos”. *Desarrollo Económico. Revista de Ciencias Sociales*, 24(96), 593–604.
- MÍGUEZ, M. N. (2011). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- MITJAVILA, M. (1998). *El saber médico y la medicalización del espacio social*. Documento de Trabajo N° 33. Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- MORALES, A. (2009) “La ciudadanía desde la diferencia: reflexiones en torno a la comunidad sorda”. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 3(2), 125–141.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS [ONU]. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. [Consultado el 11 de julio de 2011], <<http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/6401>>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS]. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. [Consultado el 11 de julio de 2011], <<http://www.who.int/icf/icftemplate.cfm>>.
- SARTRE, J. P. (1970). *Crítica de la razón dialéctica*. Buenos Aires: Losada.
- SARTRE, J. P. (1973). *El existencialismo es un humanismo*. Buenos Aires: Sur.
- SCRIBANO, A. (comp.). (2007) *Mapeando interiores. Cuerpo, conflicto y sensaciones*. Córdoba: José Sarmiento Editor.
- SKLIAR, C. (2000). “La invención de la alteridad deficiente desde los significados de la normalidad”. *Propuesta Educativa*, 10(22), 34–40.
- UNTOIGLICH, G. (2014). “Medicalización y patologización de la vida: situación de las infancias en Latinoamérica”. *Nuances: estudos sobre Educação, Presidente Prudente-SP*, 25(1), 20–38.

- VALLEJOS, I. (2006, julio). *La producción social de la discapacidad. Una apuesta de ruptura con los estereotipos en la formación de trabajadores sociales*. Ponencia presentada en las IV Jornadas Nacionales: Universidad y Discapacidad. Reconocer la diferencia para proteger la igualdad, Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires, argentina.
- VALLEJOS, I. (2007, octubre). *¿Y si no estuviera dada en la naturaleza? Algunas precisiones conceptuales para pensar la ideología de la normalidad y la producción social de discapacidad*. Ponencia presentada en las Primeras Jornadas Institucionales sobre discapacidad en la Facultad de Ciencias Sociales: De-construyendo mitos para construir inclusión, Montevideo, Uruguay.
- VALLEJOS, I. (2008). "El otro anormal". [Consultado el 11 de julio de 2011], <<http://antropologiasocialulm.blogspot.com/2008/07/el-otro-anormal-indiana-vallejos.html>>.
- VALLEJOS, I. (2010). "¿Y si la discapacidad no estuviera dada en la naturaleza? Tensiones entre el modelo médico y el modelo social." *Cuadernos del INADI*, 1–4.
- VARA A. M. (2008). "Cómo medicalizar la vida diaria: la creación de enfermedades o «disease mongering»". *Evidencia. Actualización en la Práctica Ambulatoria*, 11(5), 130–132.
- YARZA, A. & RODRÍGUEZ, L. (2007). "Nacimiento de la «educación especial» o las invenciones de la infancia anormal en Occidente". En: Yarza, A. & Rodríguez, L. *Educación y pedagogía de la infancia anormal: 1870–1940*. Bogotá: Magisterio, 27–61.