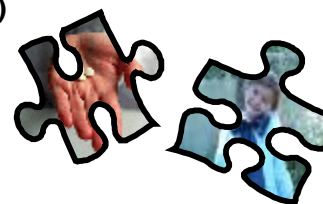


LOS HIJOS DE RITA LINA
Una realidad que nos involucra a todos^S



GEDIS^{SS}
(Grupo de Estudio sobre Discapacidad)



ABSTRACT

Desde el Trabajo Social muchas veces nos hemos encontrado con instituciones (escuelas, centros diurnos, etc.) que exigen un comportamiento de los niños, niñas y adolescentes preestablecido, "normalizado", implicando esto la exclusión de aquellos que no se "adaptan" de la manera socialmente consensuada a las normas pre-establecidas. ¿Cuál sería nuestro rol ante estas situaciones? ¿Somos también normalizadores de esta población o podemos trascender estas disposiciones?

Quienes resultan directa y negativamente implicados son estos niños/as y adolescentes que sin un diagnóstico específico de Attention Déficit Disorder (trastorno de la atención, en adelante ADD) en la mayoría de las situaciones, reciben la Ritalina u otros fármacos de esta índole como forma de "aquietar" sus inquietudes, actitudes, aptitudes, intereses. No cuestionamos la verdadera existencia del trastorno en sí mismo, sino que partimos de la base de que se trata de una construcción social ya instaurada en diferentes ámbitos y que consecuentemente hace "válida" la medicalización del fenómeno. A esto se suma la exclusión y estigmatización desde el afuera hacia estos niños/as y adolescentes medicados, así como los procesos de autoexclusión que comienzan a generarse en ellos.

¿Se crea de esta manera una "identidad ritalinizada"? ¿Será que los niños/as y adolescentes de hoy día llegan a este mundo cada vez con mayores problemáticas, o quizás, seamos los adultos de estas sociedades occidentales modernas que en el torbellino diario y el stress permanente no sabemos cómo y qué hacer con ellos? Se les exige que aprendan lo más rápido posible la mayor cantidad de cosas, mientras al mismo tiempo se les ordena que no hablen, que no sientan, que no piensen más allá de lo socialmente estipulado; en fin, que no trasciendan las normas impuestas. ¿Seguiremos arriesgando nuestro mayor capital humano hacia un futuro incierto entre medicamentos normalizadores?

INTRODUCCIÓN

La Investigación que en lineamientos generales se presenta aquí, ha sido realizada con el fin de conocer, comprender y difundir una temática que ha venido transformándose en una profunda problemática en los últimos años en nuestro país: *la medicación de niños/as y adolescentes en contexto crítico con reguladores del carácter sin un diagnóstico previo de ADD*. Se pretende poner en cuestión la patologización del comportamiento de niños/ñas y adolescentes que vivencian una fuerte vulnerabilidad material y subjetiva determinada por un sistema económico y social que no muestra sensibilidad ante esta situación. Así mismo, en base a los parámetros establecidos como normalidad estadística hegemónica, son re-ubicados socialmente como "discapacitados"², dada su "diferencia" o "a-normalidad".

* El presente artículo remite a una breve síntesis realizada sobre la Investigación ya culminada y en vías de publicación, a la que hemos titulado: "Los Hijos de Rita Lina". También se encuentran publicados vía web algunas aproximaciones analíticas desarrolladas en distintos momentos del proceso de investigación y que han sido presentadas en distintas instancias académicas: V Jornadas de Investigación Científica de la Facultad de Ciencias Sociales (2006); Seminario sobre "Políticas Públicas y Discapacidad" de la Facultad de Ciencias Sociales (2006), Encuentro de Trabajo Social organizado por el colectivo de Trabajadores Sociales de Florida (2007); asimismo se ha publicado recientemente en la Revista Margen (vía web) un resumen de los distintos capítulos del Documento Final de la Investigación. Este Documento Final consta de cuatro capítulos que incorporan elementos surgidos del propio proceso de investigación; así como fragmentos de estudios que profundizan en algunas de las categorías que transversalizan a la discapacidad que han sido llevado adelante por algunas integrantes del GEDIS ya sea en tanto Tesis de Maestría como Monografías de Grado.

** El GEDIS actualmente está conformado por estudiantes avanzadas/os de la Facultad de Ciencias Sociales y la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, egresadas de la Licenciatura en Trabajo Social y docentes del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales; interesadas/os en la profundización e investigación de la temática de la discapacidad. En particular, esta Investigación fue realizada por: Lic. Lucía Alzati, Br. Priscilla Bedat, Lic. Franxina Belén, Lic. Karina Fortete, Lic. Natalia Furtado, Lic. Ana Laura García, Lic. Laureana González, Mag. María Noel Míguez, Lic. Cecilia Silva. Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay; Diciembre de 2006. gedis@fcs.edu.uy - www.fcs.edu.uy/dts

¹ Sociedad se introduce especialmente en esta frase en tanto la mayoría de los planteos refieren a la "sociedad" como las personas dentro de lo que es considerado "normalidad", marcando la diferencia con "los otros", los "discapacitados", lo que "yo" no soy. Y con estos prejuicios y conceptos es que se plantean estrategias y formas de ser y reconocer de las personas con discapacidad.

² La Organización Mundial de la Salud (OMS) define **deficiencia** y **discapacidad** como: "Deficiencia es la anomalía o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las mentales. Con "anormalidad" se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida y sólo debe usarse en este sentido." (CIF – OMS/OPS, 2001: 207); "Discapacidad es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los

Como Grupo dedicado básicamente al estudio de la temática de la discapacidad, encontramos el sentido de tal Investigación en la interpelación de la identificación de estos niños/as y adolescentes como “discapacitados”, lo que lleva de fondo a interpelar la propia noción hegemónica de normalidad. En este sentido es que optamos por un concepto de discapacidad que incorpore la noción de diversidad, entendida como prioritaria para la inclusión de todos los sujetos, apuntando a sus potencialidades en una perspectiva que valora la pluralidad y a su vez cuestiona posiciones hegemónicas que favorecen la “normalización” de la “diferencia”³.

Importa reconocer que los planteos aparecen, por lo general, unidireccionalmente, es decir, desde la “sociedad”¹ hacia el “discapacitado”, lo que sería desde una posición pensada desde el “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, sin hacer discriminaciones del tipo y grado de discapacidad. Se los ubica bajo la tutoría y responsabilidad de un ser “completo”, “normal”, sin deficiencias, desconociéndoles su status de *sujeto con capacidad* de opinar sobre su vida y por tanto *con capacidad de defender sus derechos*. Se expropia al sujeto de su derecho de autodeterminación.

Asimismo, que una de las características dominante de una persona marque una “diferencia” implica que ésta tienda, por lo general, a ser percibida negativamente por quienes se consideran “normales” con respecto a las otras características que posea. En este sentido, se retoma lo que Foucault (1990) plantea como distinción entre lo normal y lo patológico, lo que lleva a delimitar negativamente lo diferente. Según este autor, la cultura occidental ha dividido las “desviaciones” de las “conformidades”, brindándole el estatuto de la exclusión a lo que se trata de juzgar (aspecto negativo) y el de la inclusión a lo que se pretende explicar (aspecto positivo). Los términos de esta divergencia continúan en vigencia, se aceptan o rechazan los mismos elementos; lo que se ha modificado es la relación entre lo excluido y lo incluido (lo que se rechaza y lo que se acepta).

En este contexto, cuando se medica a un niño/a o adolescente con metilfenidato⁴ sin diagnóstico de ADD⁵ de manera de regular su conducta hacia una “normalidad” esperada, se está marcando una diferencia con el resto de sus pares, con la consecuente predeterminación en aspectos que hacen a su vida cotidiana. De esta manera, medicar a una persona sin discapacidad tiende a llevar a que la misma sea reubicada (en el marco de las definiciones internacionalmente utilizadas) como “carente” de algo, por lo tanto “deficiente” en tanto pérdida de ciertas funciones (ya sean psicológicas, fisiológicas o anatómicas), que si restringen su capacidad de realizar actividades propias de su vida cotidiana se constituye en una discapacidad.

• Consideraciones metodológicas

El cuerpo teórico-metodológico que hizo a la Investigación se fundamenta en la matriz histórico-crítica de comprensión de la realidad. En este sentido, su enfoque y contenido es básicamente cualitativo, retomando la dimensión subjetiva como elemento principal en el estudio y conocimiento de los procesos dados en el contexto social contemporáneo. Pretender dar una redimensionalidad histórica a la realidad concreta abordada llevó, necesariamente, a posicionarnos desde una perspectiva dialéctica tendiendo a dilucidar las determinaciones y mediaciones presentes en la problemática de estudio.

Este artículo constituye una breve síntesis del proceso de exposición elaborado, el cual originalmente se organiza en cuatro capítulos principales, donde el movimiento metodológico-analítico permite retomar de forma dinámica el devenir histórico-social de los dispositivos de control y disciplinamiento social de las sociedades occidentales modernas particularizándolo en la realidad local. Se pretendió a través de este movimiento reconocer puntos clave en el devenir del Proyecto Moderno que permitieran comprender la realidad contemporánea en su dimensión singular y genérica.

El contexto histórico-espacial en el que se desarrolló la Investigación abarca desde mediados del año 2005 a fines del 2006, en el espacio de las Escuelas de Contexto Socio-Cultural Crítico (CSCC, según designación de la ANEP). La Investigación se desarrolló a lo largo del territorio nacional abarcando cerca de un 90% del mismo, no pudiéndose realizar entrevistas en Artigas y Rivera por falta de recursos del equipo investigador. Se tomó una escuela de cada una de las capitales departamentales, salvo en Maldonado donde se realizaron en dos ciudades distintas, en Canelones en tres diferentes y en Montevideo en cuatro (23 escuelas en total), respondiendo esto a un criterio de porcentaje poblacional. Como se ha mencionado, si bien la Investigación no contó con ningún tipo de apoyo financiero, esto fue posible dado que una de las características del GEDIS es la de estar constituido por estudiantes avanzados y colegas recién recibidos oriundos de diversos lugares del país. Asimismo contamos con muchos/as compañeras/os que colaboraron honorariamente en la realización del trabajo de campo.

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)

³ En este sentido es que optamos por referirnos a **personas con discapacidad**, diferenciándolo de la noción de “discapacitados” y “capacidades diferentes”; esto permite rescatar la condición *sine quanon* de **sujeto de derecho**, condición que trasciende cualquier tipo de clasificación.

⁴ El metilfenidato (MFD) es un psicoestimulante, más conocido por la marca comercial *Ritalin* (en países hispanos: *Ritalina*). El MFD existe desde hace ya más de 60 años. Sin embargo, cobró especial notoriedad a partir de los años ‘90. Se optó por el MFD ya que resulta el fármaco distribuido con mayor difusión en la población objetivo de la Investigación, no descartando la existencia de otros fármacos reguladores del carácter que están siendo utilizados.

⁵ No está en cuestión la medicación de las personas diagnosticadas con ADD, entre otras cuestiones, por que no hace al ámbito disciplinario de quienes llevaron adelante la Investigación. Si se cuestiona cómo una droga específica para un trastorno concreto se está masificando en su distribución a niños/as y adolescentes que, sin un diagnóstico de tal trastorno, se implementa para lograr una conducta “socialmente esperada”.

La población de estudio la constituyeron los niños/as y adolescentes que fueron o estaban siendo medicados con fármacos reguladores del carácter, que concurrían a CSCC y su asistencia médica correspondía a Hospitales Públicos. Si bien se tiene conocimiento que este fenómeno trasciende los diferentes estratos socio-económicos, se considera que específicamente esta población ha venido siendo la más afectada.

Los instrumentos utilizados fueron: una exhaustiva *revisión bibliográfica* sobre el tema; *entrevistas en profundidad* a informantes calificados (Neurólogos, Psiquiatras, Psicólogos y Pediatras del MSP; Psicólogos, Pediatras y Trabajadores Sociales de los Equipos Técnicos de la ANEP; Maestras de CSCC y Maestras Comunitarias, Directoras de las CSCC –62 entrevistas-); *entrevistas en profundidad* familiares de estos niños/as y adolescentes que conforman la población de estudio (-17 entrevistas-); asimismo este instrumento se utilizó también como forma de incorporar al análisis parte de su discurso.

El tratamiento de la información recabada a través de las entrevistas en profundidad realizadas se basó en el *análisis de discurso* contrastado con el marco teórico que proporcionó la revisión bibliográfica específica sobre la temática y el propio de la matriz histórico-crítica. Partiendo de una perspectiva dialéctica el hincapié estuvo puesto en el reconocimiento de las contradicciones presentes en la realidad abordada, sin descuidar un proceso de movimiento totalizador que permitiera reubicarla en su marco histórico-social genérico sin opacar su especificidad. En este sentido, nos encontramos ante una realidad que encuentra su génesis ya en un Proyecto ideológico-político de sociabilidad moderna pero que adquiere especificidad propia transversalizada por el momento histórico y espacial en el que se encuentra, esto es, el Uruguay contemporáneo y un contradictorio proceso de sociabilidad capitalista que encuentra una de sus aristas en la desarticulación del sistema de políticas focalizadas, teniendo una de sus manifestaciones a través de la particular funcionalidad y desencuentro de los sistemas de salud y enseñanza que canalizan la atención a una fuerte problemática de orden económico-político-social a través del control del mundo subjetivo y social mediado por la administración de fármacos inhibidores de sujetos.

NUEVAS FORMAS DE DISCIPLINAMIENTO Y CONTROL SOCIAL EN EL URUGUAY DE HOY: USO Y ABUSO DEL METILFENIDATO COMO ELEMENTO NORMALIZADOR.

La “medicación” compulsiva y sin previos diagnósticos de ADD, se reconoce como una forma de “normalización” de la población infantil/adolescente hacia conductas preestablecidas como “normales”, “naturales” en personas de la edad e impuestas desde el mundo adulto. En los últimos años se ha tornado visible el aumento de la cantidad de niños, niñas y adolescentes medicados con metilfenidato⁶, Se entiende que es un fenómeno que hunde sus raíces en la creciente intención de normalizar y unificar cada una de las conductas que se encuentran fuera de los parámetros socialmente esperados.

Según la bibliografía utilizada y las entrevistas realizadas a informantes calificados, el metilfenidato es una droga poderosamente estimulante del sistema nervioso central, especialmente suministrada a niños varones en edad escolar y utilizada desde la década del 60 para el tratamiento de ADD, en base a una presumible acción sobre el metabolismo de la serotonina y la dopamina, neurotransmisores del sistema nervioso. El ADD es un trastorno del comportamiento diagnosticado en la infancia, por Médicos Psiquiatras en situaciones donde niños/as o adolescentes se caracterizan por la falta de atención, impulsividad y en algunos casos, hiperactividad. Son aquéllos/as que no pueden focalizar y mantener la atención en algo por mucho tiempo. Los síntomas de hiperactividad, cuando están presentes, son casi siempre aparentes a partir de los siete años y pueden ser visibles en preescolares muy jóvenes. Puede que la falta de atención o el déficit de atención no sea evidente hasta que el niño o niña enfrente las expectativas de la escuela primaria.

Existen diferentes opiniones y expectativas respecto a los efectos, las causas y consecuencias de estos fármacos en el ámbito de la medicina y específicamente de la Psiquiatría. Se han presentado controversias al respecto, que van desde la defensa del uso del fármaco, hasta el rechazo total impulsado por los efectos secundarios que produce. Sin embargo, no se pretende detener en tales aspectos, ni cuestionar los avances, competencias y ejercicio de la Psiquiatría, puesto que excede el campo del Trabajo Social y, por lo tanto, los objetivos de la Investigación.

El análisis exhaustivo de las entrevistas realizadas ha permitido distinguir dos cuestiones que efectivamente sí interesa trabajar: por un lado, el uso de los fármacos en forma generosa sin los previos y necesarios estudios y por otro, pero en el mismo sentido, la necesidad de “normalización” de las conductas humanas como única alternativa a la “convivencia pacífica”. Es claramente visible como las familias, los centros educativos (destacando a los centros de enseñanza primaria) y demás instituciones, realizan una reiterada referencia al consumo de reguladores del carácter como solución mágica ante trastornos conductuales que presentan los niños/as y adolescentes.

“Realmente lo que se ve son resultados bárbaros. La medicación tranquiliza al niño, puede permanecer sentado, trabajar, rinde mucho más que eso es lo que a nosotras nos interesa.” (Entrevista a Directora)

⁶ Si bien el metilfenidato es la droga con mayor difusión en la población objetivo; a través de muchas entrevistas se pudo constatar que el Valcote, un fármaco utilizado para el tratamiento de la epilepsia y la risperidona (en su presentación comercial como Rispa) droga indicada para el tratamiento de la esquizofrenia por sus componentes antipsicóticos; están siendo administrados masivamente como reguladores del humor.

Sin pretender realizar polarizaciones extremas que encuentren a algunos como víctimas y a otros como únicos responsables, es importante formularse algunas cuestiones: ¿qué sucede con los niños/as y adolescentes que no encuentran en el sistema escolar un centro de interés que los haga partícipes cuando el sistema educativo no habilita espacios para lo diferente? ¿Dónde surge el problema? ¿En los niños/as y adolescentes que preguntan o en aquellos que no están preparados para responder? ¿En los niños/as y adolescentes que violentan “*porque se despiertan a los golpes*” o en los responsables de que eso suceda? ¿En los niños/as y adolescentes que se mueven y se “desconcentran” o la responsabilidad está en la incapacidad de crear nuevos espacios que cubran las necesidades de todos? ¿El problema es o está en el niño/a o adolescente o nace de la concepción acerca de cómo deben ser y cómo deben pensar, percibir, sentir, aprender y comportarse en un momento dado?⁷

Los parámetros están dados de acuerdo a un criterio de normalidad estadística que se ha incorporado en el sistema social y cultural, que permite identificar quienes se encuentran dentro y quienes se encuentran fuera. Ello implica la deliberada intención de “incluir” a los que quedaron fuera de dicho parámetro. Para eso, se utilizan las más diversas técnicas y estrategias, las que comparten el mismo objetivo: la tendencia a la homogeneidad. La relación que existe entre normalización, disciplina y poder encuentra también aquí sus fundamentos.

¿Quiénes recetan el medicamento? Los Pediatras y/o Psiquiatras. ¿Quiénes lo demandan? Los Maestros, Educadores, Médicos y en menor medida los familiares. ¿Por qué lo solicitan? Porque el niño/a o adolescente “*no logra estar tranquilo*”, no “*logra realizar los ejercicios*”, porque es “*violento con sus pares y autoridades*”, porque “*no permite que sus compañeros atiendan en clase*”, porque “*no se puede mantener el orden en el aula*”.

Cuando existen quienes desapruaban lo estipulado, cuando aparece alguien que no se adapta a los cánones de conducta estipulados, necesita “*estar sujeto a tratamiento*”. Es frecuente en los últimos años escuchar en la jerga popular “*si no le doy ritalina, no me lo dejan entrar en la escuela*”. Si bien esto no es un criterio válido para aceptar o no a los niños/as y adolescentes en el sistema escolar uruguayo, se coacciona a las familias, las que generalmente responden llevándolo al Médico.

“Nosotros hacemos cosas, llamamos a los padres y hasta hemos suspendido al niño hasta que vayan al profesional. No quiere decir que todos los que tengan problemas de conducta sean medicados, es el pediatra o el psiquiatra quienes lo verán.” (Entrevista a Directora)

Las familias en ocasiones se rehusan a que sus hijos/as sean medicados, pero este medio de coacción dispuesto desde la escuela sirve como fundamento para acceder al tratamiento. En otras ocasiones son los propios familiares los que lo demandan. Una de las Psiquiatras Infantiles del MSP entrevistada cuenta:

“Viene la mamá y te dice: ‘loco de agresivo doctora, dele algo, dele algo doctora’ y comenzás a indagar y le preguntas como es en casa y contesta que el padre le pega y lo ahorca y él también pega, para defenderla cuando le pega a ella.”

Pueden suceder reacciones en los niños/as o adolescentes claramente diferentes: pasa de hacer “bochinche” a concentrarse en una tarea, de ser el “revoltoso” a ser recatado y sin entusiasmo. Del mismo modo como puede generarle un nuevo problema cuando se duerme encima de los bancos; ahora sólo le interesa una tarea por vez.

“...el niño se duerme en la clase, entra a la clase, pone su cabecita en el banco y duerme hasta la hora de la salida, entonces nosotros vemos que no sabemos si está mal administrada la medicación o si la dosis es muy alta.” (Entrevista a Directora)

Cuando se les pregunta a Médicos y Maestros qué resultados esperan del tratamiento con reguladores del carácter, habitualmente expresan conformidad respecto a los mismos. ¿Pero qué se entiende por “buenos resultados”? ¿Pretende la escuela formar sujetos sin inquietudes, sin movimientos, sin cuestionamientos, con cuerpos dóciles y miradas lejanas? Novedad, estímulo, relación cara a cara; la responsabilidad no debe limitarse a los niños/as y adolescentes, sino que es preciso realizar un camino hacia atrás y reconsiderar los planes de acción, teniendo en cuenta sus intereses hoy día, que son diferentes a los intereses de los niños/as y adolescentes de ayer. Si estos logran una conducta diferente cuando se enfrentan a cosas nuevas y a estímulos nuevos, entonces, es menester apostar a los cambios, a los avances, de modo que el sistema educativo dé respuestas a estas nuevas manifestaciones.

Si se piensa en las características de la sociedad actual, podría plantearse que se ha “avanzado”, y que las técnicas para doblegar la extravagancia de los “rebeldes” son ahora más “humanas”. Pues no es así, sutilezas más, sutilezas menos, la estrecha mirada de quienes pretenden corregir a todos los que no pasan por su aro de “normalidad” continúa peligrosamente al acecho. No pueden desconocerse los efectos colaterales que el metilfenidato puede producir, y que de hecho produce. De acuerdo a las entrevistas realizadas y al material consultado, los efectos que generalmente se presentan son: insomnio, disminución del apetito, dolor de estómago y de cabeza, inquietud y activación de rebote (cuando el efecto del estimulante desaparece), comportamiento impulsivo e hiperactivo en aumento por períodos de tiempo. En expresiones de un Neuropsiquiatra Infantil:

⁷ Resulta pertinente volver a enfatizar que la Investigación intentó dar cuenta de la magnitud del problema y cómo trasciende los ámbitos disciplinarios, más allá de que se haya tomado como espacio empírico la escuela como institución.

"La ritalina no crea hábito y tiene gran efectividad como normalizador sobre la conducta y los efectos colaterales son poco importantes: el más común es la disminución del apetito, que se "normaliza" en un mes."

En contraposición una de las Médicas Pediatras del MSP entrevistadas expresa:

"Hay que tomar precaución, porque crean adicción y hay niños que son muy demandantes, por lo que hay que controlarlos. Hay casos que si no se siguen de cerca pueden ser peligrosos a la larga. Es que sin un tratamiento adecuado los resultados nunca pueden ser los deseados. Por ejemplo algunas de ellas pueden crear nerviosismo, euforia, insomnio, psicosis con tendencia al autismo, anorexia, náuseas, cefaleas, vértigos, mareos y taquicardia."

Los especialistas no ponen en cuestión la existencia de efectos colaterales, sino, por el contrario, reconocen que efectivamente existen. Radica en ello entonces la importancia de realizar un diagnóstico apropiado y certero de los trastornos cuando efectivamente existen y no quedarse en la mera identificación de síntomas que pueden ser comunes a otras cuestiones que afecten la vida cotidiana de esta población.

"Si te das cuenta que un niño está medicado, es porque está mal medicado y es un gurí que anda mal, pero mal por él y mal por el Médico que lo está medicando que lo está planchando". (Entrevista a Psiquiatra Infantil MSP)

Aparece la figura del cuerpo, un cuerpo manipulado, formado, educado y sobre todo obediente. La utilización de fármacos se puede convertir en una forma de eludir responsabilidades e ignorar los problemas sociales de fondo, realizando un tratamiento sintomático sin tratar de resolver las causas del problema.

"¿QUIÉN SOY?": PROCESOS IDENTITARIOS DE LOS NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES MEDICADOS CON REGULADORES DEL CARÁCTER.

¿De qué forma la exclusión social que atraviesa la cotidianeidad de las personas "reubicadas" como "discapacitadas" determina, entre otros aspectos, la construcción social de la identidad?. Recordando la definición actual de la OMS sobre deficiencia ("*desviación de la "norma" generalmente aceptada...*"), se entiende que estos niños/ y adolescentes que están siendo medicados con reguladores del carácter son reconocidos como "deficientes" según lo "socialmente estipulado". De esta manera, esta población potencialmente capacitada para ser, estar y desarrollarse en sociedad, encuentra desde un "nosotros" su calidad de "discapacitada", en tanto "otro" entendido como diferente a partir de una deficiencia socialmente adjudicada.

La identidad se constituye en un derecho básico y fundamental de todo individuo, por tanto pensar cómo ésta se construye y reconstruye en un plano de vulneración de los derechos reviste especial interés. Por ello, la importancia de analizar las implicancias de la medicación con reguladores del carácter en las subjetividades de esta población, lo cual no sólo impacta en sus comportamientos externos, en la cotidianeidad de estos individuos, sino también en las subjetividades, es decir, en las formas de sentir, de pensarse a sí mismo y pensarse en relación con los otros, los "normales", los no medicados.

Así, referirse a un análisis situacional de las personas medicadas con metilfenidato sin diagnóstico de ADD implica necesariamente pensar en el fenómeno de la exclusión social en todas sus dimensiones. De esta manera, la exclusión en el plano de lo simbólico implicaría un rechazo y no aceptación de formas de hacer, pensar y sentir diferentes, una exclusión que atraviesa el plano de las ideas, valores y modos de vida. En este sentido, la identidad como parte del mundo subjetivo se ve atravesada por estos fenómenos de exclusión social. Pensar en la identidad como construcción social implica consecuentemente entender que la misma toma forma en la dialéctica de lo individual y lo social, lo que se es, la autopercepción que tiene el individuo de sí mismo y lo que los demás ven, la percepción del resto de la sociedad.

"E- ¿Tenés idea por qué te están dando la pastilla?; J- Porque estoy enfermo; E-¿Estás enfermo? ¿Te parece?; J- Sí; E- ¿Tu te sentís que estás enfermo?; J- No; E- ¿Alguien te dice que estás enfermo?; J- No sólo yo pienso eso" (Entrevista a niño de 8 años que está siendo medicado)

Esta percepción desde la "normalidad", articulado a cómo se ven a sí mismas las personas sin discapacidad "reubicadas" como si lo fueran, atraviesa la formación de su mundo subjetivo. De aquí que cobra relevancia poder comprender la situación de esta población, trascendiendo los aspectos fenoménicos de sus conductas.

"Yo tomo unas pastillas, valcote, risperidona y ritalina todos los días, aunque a veces me olvido. Empecé a los seis años, después la dejé y después empezaron los problemas porque vino mi padre de nuevo, apareció y empezaron mis problemas y a los diez empecé de nuevo con valcote y risperidona y este año me agregaron ritalina... Yo quiero controlarme pero no puedo, no puedo, trato pero no puedo." (Entrevista a niño de 11 años que está siendo medicado)

De aquí se trasluce cómo un problema social tiene diferentes interpretaciones y manifestaciones dependiendo del contexto desde el cual se le otorga un sentido. Así, los niños/as y adolescentes catalogados de

“incontrolables” pasarían a ser los “otros”, los “diferentes”, sobre los que se establecen mecanismos de adaptación y control social. Se trata entonces, de identificar cómo la “normalidad” en este juego dialéctico coloca en el “otro”, deposita en el diferente algo que éste no es, pero que se construye en el imaginario social y se produce y reproduce en cada uno de estos niños/as y adolescentes. La “normalidad”, patrón desde el que se mide y evalúa a los individuos de una sociedad parecería ser construida desde una visión de sujeto uniforme, homogeneizado, donde el diferente es excluido.

“...ahora estoy sin medicamentos, porque se me terminó la pastilla y justo en el hospital no había, (por eso) está ahora un poco suspendido de la escuela y un poco suspendido del Caif, por comportamiento.”
(Entrevista a madre de niño que está siendo medicado)

De alguna manera se toma como el reverso de la exclusión la homogeneización de formas de hacer y sentir, los modos de vida, conductas, valores, etc., lo cual imposibilita verdaderos procesos de inclusión de lo diverso, desatendiendo las diferentes dinámicas existentes en un mismo colectivo social.

Respecto a la vulneración de los derechos de estos individuos, en medio de situaciones de exclusión social, se destaca que el alcance de este fenómeno asume manifestaciones en diversos órdenes alcanzando el plano de lo subjetivo, en el que se encuentra la identidad. El derecho a la identidad y al reconocimiento de cada sujeto desde su particularidad se ve socavado en tanto se excluye y discrimina a un sujeto por el hecho de comportarse de maneras que se alejan del modelo normativo dominante. Por tanto, la categoría exclusión social no implica necesariamente el no acceso a bienes y servicios básicos, sino que de fondo remite a quedar fuera de las ideas y representaciones dominantes de una sociedad en un momento histórico dado. Según Martine Xiberras la “*dimensión simbólica*” hace a estos procesos de exclusión.

“...las formas de exclusión que no se ven, pero que se sienten, otras que se ven pero de las que ninguno habla, y formas de exclusión completamente invisibles, dado que no soñamos con su existencia ni existe ningún vocablo para designarla. Nos aproximamos así a los procesos de exclusión simbólica.”
(XIBERRAS, 1996: 27)

Estos niños/as y adolescentes perciben a través de los individuos “normales” lo que ellos no son y cómo los demás los ven, los juzgan, cómo los consideran, cómo los valoran. Estos aspectos que se desprenden de esa identificación aportan a la construcción de la identidad, incorporando así sentimientos de inferioridad, de inutilidad, de rechazo, de diferencia. En esta construcción identitaria, pensar en la institución escolar como mecanismo de control social determinante de ciertos parámetros de normalidad, significa reconocer en ella el poder que de hecho tiene para catalogar y ubicar a algunos como los “inquietos” que tienen que ser medicados. Así, la identidad de una persona medicada con metilfenidato no es una categoría preexistente, sino que debe ser concebida desde la singularidad de cada sujeto y no desde estereotipos colectivos.

Si no se trasciende una lectura simplista de la realidad que deposita en el otro elementos negativos construidos socialmente, no se logra identificar cómo un problema social se singulariza en una deficiencia y posterior discapacidad, lo que trunca asimismo la eventualidad de intervenir en esta realidad y construir junto con los sujetos involucrados las posibilidades de transformación. Tal posibilidad existe y por ende la de fomentar una identidad que se construya sobre otros elementos de carácter positivo, ya que de hecho la identidad no es sólo lo que se es sino también lo que se quiere ser, la identidad como proyecto. En este proyecto esta la posibilidad de transformar y transformarse.

Preguntarse a sí mismo “¿quién soy yo?” supone un proceso de reflexión y de problematización que a partir de las vivencias de los propios sujetos, de sus cotidianidades, permite identificar las determinaciones que intervienen en esa falta de concentración o en ese comportamiento hiperactivo, a la vez que coloca las líneas para pensar y construir esta identidad desde la percepción de los propios individuos, dejando de lado lo que sería una “falsa identidad” y elaborando así una identidad “verdaderamente propia” que articule no sólo la percepción de la “normalidad” sino también lo que cada sujeto piensa y siente.

CÓMO UN PROBLEMA SOCIAL SE SINGULARIZA EN UNA DEFICIENCIA Y POSTERIOR DISCAPACIDAD.

Como se ha venido planteando, la construcción discursiva de la discapacidad y de la medicación también hacen a la construcción de la identidad. Históricamente las sociedades han ido modificando las formas de referirse a la discapacidad, utilizando denominaciones como “discapacitados”, “deficientes”, “minusválidos”, “personas con capacidades diferentes”, etc. Así, la Medicina, el Estado, la Escuela, entre otros, construyen identidades a partir de la forma en que se refieren a un determinado fenómeno, ya que ello influye en la manera en que se relaciona con éste. El lenguaje, la palabra, fija conceptos e ideas generales que de otra manera no podrían ser manipuladas por la sociedad y por tanto no existe en ellos neutralidad sino que implican valoraciones y significaciones que se producen y reproducen en la cotidianidad de los sujetos y que permiten relacionarse con el otro.

Resulta difícil encontrar estrategias de intervención con niños/as y adolescentes que presentan algún tipo de problemática, vislumbrándose con ello que si bien en el discurso está presente la idea de que “*todos somos iguales*”, en los hechos esto no se ve reflejado. De tal manera, se considera que en estos momentos el disciplinamiento y control social de esta población como forma de “normalización” se efectiviza a través de mecanismos que están siendo instituidos como la “única manera” de solucionar “el problema”: la medicación con reguladores del carácter.

“En relación a la combinación situación social y medicación nosotros no podemos solucionar los problemas de pobreza, la situación familiar, etc. La medicación por lo menos los deja menos ansiosos...” (Entrevista a Directora)

La medicación con reguladores del carácter en niños/as y adolescentes apaña problemas sociales más de fondo, siendo estas nuevas formas legitimadas por instituciones básicas: la escuela y el hospital. Aún no son claros los efectos que puedan tener estos fármacos en la población que, sin tener diagnóstico de ADD, están siendo medicados. Sí es dable analizar que niños/as y adolescentes, por haber nacido en contextos identificados como socio-económicos críticos⁸, no sólo están siendo vulnerabilizados como sujetos en sus derechos en tanto formas de ser, estar y sentir desde “su normalidad”, sino que, a la vez, están siendo *dis-capacitados* por el sistema social, por la inoperancia en la resolución de problemas que trascienden a sus manifestaciones conductuales.

Se considera que un cambio en la sensibilidad de la sociedad, así como la concientización de la situación de esta población podría contribuir a una transformación en el imaginario social de su re-ubicación desde la discapacidad, devolviendo así una imagen diferente de este colectivo. La construcción de la identidad fundada en cuestiones como la igualdad, equidad, capacidad, en oposición a una identidad centrada en la diferencia, contribuiría a pensar alternativas reales de transformación, en tanto la sociedad se permita escuchar al “otro”, al “diferente”, para así identificar las determinaciones que atraviesan la vida cotidiana de estos individuos.

“Cuando tenemos un chico hiperactivo, el molesto, lo que tratamos de buscar es el apoyo en el equipo multidisciplinario de la inspección departamental... Este apoyo cuesta, ya que es muy grande la demanda, porque tienen que cubrir todo el departamento, pero llega. Buscamos que nos den un diagnóstico, que puede ser déficit atencional, que puede ser que necesite foniatra, ellos con su conocimiento van a poder decirnos si ese chico tiene dislexia o tiene cualquier otra cosa.” (Entrevista a Maestra)

Más allá de estas herramientas brindadas desde el aparato institucional educativo para implementarse en Escuelas de Contexto-Socio Cultural Crítico, se hace evidente que también pueden haber (y de hecho se desarrollan) estrategias alternativas como formas de intervenir sobre esta temática.

“Una de las cosas que nos ha dado mucho resultado para bajar los ánimos ha sido el juego de ajedrez que les ha encantado, ellos se tranquilizan y se concentran, los otros días estuvo la inspectora y dice: ‘pero ¿quién está en la clase con ellos?’, ‘no inspectora, ellos están solos porque yo estoy con usted acá’, no lo podía creer.” (Entrevista a Maestra)

“Nosotros pensamos que uno de los problemas fundamentales de algunos de estos niños, es que no está atendido en su hogar, muchas horas libres, desocupadas, muchos en situación de calle. Para subsanar en algo esto la escuela los atiende en horario corrido, niños que quedan solos porque sus mamás trabajan, la escuela les permite concurrir en contra horario, ir a la biblioteca, trabajar en los rincones de manualidad. Porque hay rincones de lectura, de manualidades, hay video, hay televisor, la escuela ya está organizada, en ese sentido no hay problemas, que ese tiempo libre lo ocupen en la escuela, en actividades de recreación.” (Entrevista a Directora)

La medicación con reguladores del carácter en la población estudiada no soluciona el problema de fondo, sólo lo esconde. Desde el “mundo adulto” es necesario tomar cartas en el asunto, ya sea desde las instituciones educativas y de salud, como desde las disciplinas que por no hacer escuchar su voz legitiman estos procesos, entre ellas, el Trabajo Social. Por ello, poder pensar esta temática interdisciplinariamente, con recursos suficientes para contenerla y sin desbordar a unos u otros, traerá aparejada una real solución a la cuestión, abarcándola desde la totalidad. Implica reconocer a cada uno de los sujetos, en su calidad de sujetos de derecho, desde sus individualidades y potencialidades, trascendiendo formas disciplinares y de control social que solapan rigideces impuestas desde el “saber-poder”. Implica “des-normalizar” lo “normalizado”; des-instituir lo recientemente instituido.

REFLEXIONES FINALES

Se pretendió un posicionamiento desde una actitud crítica, reflexiva y propositiva, de manera de poder desnaturalizar la concepción “normalizadora” de las instituciones que son centrales en el desarrollo del niño/a o adolescente. ¿Por qué socialmente se promueve el trabajo con esta población ya “ritalinizada” y no se prefiere un abordaje desde el problema en sí mismo? ¿Por qué no se realizan diagnósticos apropiados para diferenciar claramente aquellos niños/as y adolescentes con ADD de los que presentan otros comportamientos que no resultan estrictamente de dicho trastorno?

“Hemos visto estos años niños medicados (...) cuya dificultad para concentrarse era efecto de otras motivaciones, padecimientos importantes de todo tipo, desde cuadros de angustia pasajeros producidos

⁸ Aquí se marca la diferencia en el posicionamiento con la escuela en cuanto a que ésta se refiere a contextos socio-culturales críticos, con lo cual no se hace acuerdo, en tanto plantear que una “cultura” sea crítica implica de plano posicionarse desde un “nosotros” de la cultura hegemónica, desmereciendo la de los “otros”.

por preocupaciones actuales hasta traumatismos severos. La medicación, en estos casos, lo único que hizo fue disimular el síntoma, calmar los efectos, permitiendo que la perturbación productora del cuadro siguiera larvadamente su camino, desencadenando consecuencias de mayor calibre en la adolescencia.” (BLEICHMAR, 2000: 2)

Paradójicamente, lo que se busca con la medicación (aplacar sus “exacerbaciones”) no logra visualizarse en el ámbito social. La sociedad disciplinaria de la época moderna tiende a sumergir al individuo en reglas uniformes, en eliminar lo máximo posible las elecciones singulares en pos de una ley homogénea y universal, la primacía de una voluntad global o universal que tenía fuerza de imperativo moral exigía una sumisión y abnegación a ese ideal. En ese contexto han ido apareciendo formas institucionalizadas de control. La medicina y la educación cobran legitimidad, y es a través de ellas que las instituciones desempeñan un papel de control sobre los individuos, moldeando comportamientos en pro de la convivencia social. De ese modo, la modernidad plasmada como sociedad disciplinaria constituye una subjetividad y una forma de ejercer un control de esta subjetividad. Así, el control de las mentes y de las conciencias ha ido permitiendo el control sobre los cuerpos y las prácticas sociales de los sujetos.

Medicar manifestaciones conductuales diferentes de lo “normalizado” y pretender que éste es el único camino posible, resulta un acto claro de violencia y la más fuerte herramienta de control. Niños/as y adolescentes uruguayos están siendo medios y están siendo fines. Medios a través de los cuales se inculca un tipo de conducta con el fin explícito de “adecuarlos”, de “incluirlos” en el mismo mundo del que se pretende hacerlos creer que son miembros. No se está permitiendo que sean protagonistas de ninguna historia, y la infancia y adolescencia están constituyéndose en terreno fértil para quienes insisten en convertir en igual lo diferente.

BIBLIOGRAFÍA

- A.N.E.P.** Monitor Educativo Educación Primaria. Segunda Comunicación de Resultados. Publicaciones A.N.E.P. - Proyecto MECAEP, 2004. 12p.
- A.N.E.P.** Una visión integral del proceso de Reforma Educativa en Uruguay 1995-1999. Uruguay: Publicaciones A.N.E.P., 2000. 123p.
- BARRÁN, J.P.** Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo I. La cultura “bárbara” (1800-1860). Tomo II. El disciplinamiento (1860-1920). Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 1992. 520p.
- BARRÁN, J.P.** Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos: La ortopedia de los pobres. Montevideo: Banda Oriental, 1995. 258p.
- BLEICHMAR, S.** Caza de Brujas en la Infancia. **Diario Clarín**, Buenos Aires: Clarín, Artículo publicado el 30-3-2000.
- BROTONS, Y., LINKE, M.** Heterogeneidad, diversidad y singularidad en el aula. **Quehacer Educativo**, n.66, año XIV. Montevideo: Federación Uruguaya de Magisterio, 2004. pp. 52-59.
- CIF** (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud). Madrid: OMS/OPS/IMSERSO, 2001. 248p.
- CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.** Aprobada en Ciudad de Guatemala, el 7 de junio de 1999. Disponible en internet vía: www.parlamento.gub.uy/html . Archivo consultado en Setiembre de 2005.
- FOUCAULT, M.** El sujeto y el poder. **Revista de Ciencias Sociales**. Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria, v.12, pp. 7-19. 1996.
- FOUCAULT, M.** Espacios de poder. Madrid: La Piqueta, 1991. 165p.
- FOUCAULT, M.** Historia de la locura en la época clásica. Buenos Aires: Brevarios del Fondo de Cultura Económica, 1990a. 257p.
- FOUCAULT, M.** Microfísica del poder. Madrid: La Piqueta, 1992. 189p.
- FOUCAULT, M.** Saber y Verdad. Genealogía del poder Nº 10. Madrid: La Piqueta, 1991a. 244p.
- FOUCAULT, M.** Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo veintiuno, 1991b. 314p.
- GEERTZ, C.** Los usos de la diversidad. Barcelona: Paidós, 1996. 127p.
- GIDDENS, A.** Consecuencias de la modernidad. Madrid: Alianza, 1993. 166p.
- GLEB, M.J.** Inteligencia Genial. *In*: Hiperactividad y Déficit de Atención, www.estimulaciontemprana.org. Archivo consultado en Agosto de 2005.
- HELLER, A.** Sociología de la vida cotidiana. Ediciones Península: cuarta edición, 1994. 562p.
- KOSIK, K.** Dialéctica de lo concreto. Madrid: Grijalbo, 1969. 269p.
- LUNA, LUGONES.** ADD. La Distracción como enfermedad. **Revista El Arbol**, Buenos Aires, 1998. pp. 12-17
- NETTO, J.P.** Posmodernismo y Teoría Social. Montevideo: ADASU, 1996. 16p.
- QUINTANA, J.** Sociología de la educación. La educación como sistema social. Barcelona: Hispano Europea, 1977. 463p.
- RADIO EL ESPECTADOR.** Los resultados del Programa Maestros Comunitarios. <http://www.espectador.com/nota.php?idNota=65523>. Archivo consultado el 23 de Noviembre de 2006
- REBELLATO, J.L.** La educación liberadora. Como construcción de la autonomía y recuperación de una ética de la dignidad. **Trabajo Social**. Montevideo: EPPAL, v.18, pp. 31-41, 2000.
- RED DE PADRES SOLIDARIOS.** <http://www.personales.puntoar.net.ar/redpadres>. Archivo consultado en Agosto de 2005.
- TODOROV, T.** Nosotros y los otros. Madrid: Siglo XXI, 1991. 448p.

TRAVERSONI, A. Nuestro sistema educativo hoy. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 1984. 123p.

XIBERRAS, M. As teorías da exclusao – Para uma construação do imaginario do desvio. Lisboa: Instituto Piaget, 1996. 250p.

ZAFFARONI, E. Control Social, Sistema Penal y Derecho Penal. Montevideo: SD Derecho Penal–FCU,1990. 51p.