

**Un análisis sobre el uso de los psicofármacos en los centros de protección de
adolescentes, en Montevideo. /**

**An analysis on the use of the psychoactive
drugs in adolescents' residential shelters, in Montevideo.**

Resumen:

El presente artículo está compuesto por algunos resultados enunciados en la Investigación titulada "XXXX", realizada en el marco de la Maestría XXXX. Se realizó un relevamiento cuantitativo que enuncia que un 46,6% de los jóvenes que residen en los centros de protección del Instituto XXXX del Uruguay, mantienen un consumo de psicofármacos.

En consecuencia, se analizan algunos aspectos del funcionamiento del dispositivo psiquiátrico en la cotidianeidad de estos centros. El psicofármaco es, en este apartado, entendido como una tecnopolítica que en su uso sistemático, se convierte en cuerpo y al hacerse inseparable, deviene en subjetividad (Preciado, 2013). Las subjetividades adolescentes emergentes, son comprendidas aquí gubernamentalmente, como producto del cruce entre el dispositivo del centro de protección y del psiquiátrico (Foucault, 2002, 2011).

La metodología utilizada es la cartografía propuesta por la Universidad Federal de Río de Janeiro -UFRJ-, la cual toma un posicionamiento político que procura extrañarse de las naturalizaciones instituidas y con ello aportar a un pensamiento crítico y a la construcción de posibles líneas de fuga (Passos, Kastrup & da Escóssia, 2009).

Palabras Clave: Centros de protección, psicofármacos, subjetividad, dispositivo.

Abstract:

This article is composed of some of the results stated in the research entitled "XXXX", carried out within the framework of the Master XXXX.

A quantitative survey enunciate that the 46,6% of the adolescents that lives in the residential shelters of the Institute XXXX of Uruguay, are consuming psychoactive drugs. In consequence to this, the implementation of the psychiatric device destined for these centers is analyzed. Psychoactive drugs in this section, are understood as a technopolitical that in its systematic use, becomes body and as it becomes inseparable, it turns into subjectivity (Preciado, 2013). The adolescent subjectivity is comprehend here as a governmentality production, emerging between the residential shelter device and the psychiatric one (Foucault, 2002, 2011).

Key words: residential shelters, psychotropic drugs, subjectivity, device

Dialécticas en torno a la salud mental y los psicofármacos

Las políticas públicas en salud mental se comprenden en este trabajo en tanto constituyen un marco jurídico, conceptual e ideológico que define la forma de dar atención a las llamadas enfermedades mentales (De León, 2013). De acuerdo a lo planteado por Michel Foucault (1999), la locura o el padecimiento psíquico es comprendido como una modalidad de lo anormal; producto de una binarización y normalización previa que toma su punto de partida en los inicios del Siglo XIX. Durante este siglo, se produjo un disciplinamiento de las conductas anormales, legitimando un saber-poder que se hizo visible en una nueva autoridad, el psiquiatra. La difusión de esta figura para Foucault, se produce fundamentalmente a partir del proceso de psiquiatrización de la infancia; concibiéndola como el lugar de fundación de toda enfermedad mental, incluso de aquella que se manifiesta recién en la vida adulta (Foucault, 2012). Asimismo, a través de la psiquiatrización del niño *no loco* – originalmente a través de la figura del niño *idiotita*-, se categorizan las *anomalías* entendidas como desviaciones menores; y a partir de ello se posibilita la generalización de un nuevo poder psiquiátrico. La psiquiatría para este autor, es remitida a una forma de administrar más que de intervenir terapéuticamente; y dispone de la posibilidad de juzgar al otro en su capacidad, y de ubicarlo en el lugar de la sinrazón (Foucault, 2012).

De acuerdo a la tesis doctoral de Andrea Bielli (2012), la psiquiatría ha desarrollado fundamentalmente dos tradiciones terapéuticas relacionadas con la forma de comprender el malestar psíquico de las personas: una más vinculada al uso de la palabra, entendiendo al malestar del sujeto como una expresión bio-psico-social; y otra tradición orgánica, donde el síntoma se comprende en última instancia como el emergente de un desequilibrio a nivel de los neurotransmisores en el organismo. Hasta la década del 50 Uruguay se encontraba en una fase *pre-farmacológica*;

mientras que a partir de allí comienza una era farmacológica de la intervención psiquiátrica (Bielli, 2012).

Comprendidos en esta concepción organicista de la enfermedad, en la actualidad se han indagado algunos porcentajes de consumo de psicofármacos para diversas poblaciones. A modo de ejemplo, se estima que en Estados Unidos un 10% de niños mayores de 6 años toma antidepresivos (Frances, 2014). En ese país, también un 10% de los niños de 10 años toman diariamente psicofármacos por el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (en adelante TDAH), el cual se define como uno de los criterios diagnósticos con mayor crecimiento exponencial (Frances, 2014). En consonancia, Andrea Bielli (2012) destaca a los menores de 18 años como una franja donde se multiplicó un 103% el consumo de ISRS -inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, utilizados como antidepresivos- en el año 2000, tendencia que incluía además antipsicóticos y otros estimulantes. Además, diversas investigaciones dan cuenta de que los niños, niñas y adolescentes de bajos ingresos tienen mayor probabilidad de ser prescripto con antipsicóticos; los cuales conforman un mercado en franca expansión (Angell, 2011; Frances, 2014; Míguez Passada, 2012).

Otras investigaciones nacionales nos colocan como un país que mantiene altos niveles de consumo de psicofármacos en relación a la región y a nivel mundial. El Observatorio del Sistema Judicial de Uruguay investigó los niveles de importación de metilfenidato en el país (Palummo, 2009), concluyendo que existe un crecimiento exponencial de la importación de la droga a partir del 2002, relacionándolo con la grave crisis socioeconómica que atravesó el Uruguay (Palummo, 2009). Otra investigación arrojó que un 30% de la infancia uruguaya consume psicofármacos prescriptos por psiquiatras u otros médicos, contrastándolo con niveles internacionales del 5% por TDAH más un 2% de depresión infantil y otras patologías (Míguez Passada, 2012).

A nivel institucional en nuestro país, el Instituto XXXX realiza la segunda mayor compra nacional de psicofármacos en el 2010, principalmente por sedantes, antidepresivos y antipsicóticos (Acosta & Scharf, 2014). Dentro de sus proyectos de atención a la adolescencia, se destacan los centros de privación de libertad, con niveles estables de consumo desde el 2008, que rondan entre un 63 y 64% (Acosta & Scharf, 2014): es decir, los niveles más altos respecto de todas las investigaciones relevadas.

Psicofármacos para prevenir y proteger: ¿De qué?

De la exploración cuantitativa realizada en los centros de protección de adolescentes, se desprende lo siguiente: de 204 adolescentes internados, distribuidos en 13 hogares de Montevideo, 95 estaban consumiendo psicofármacos regularmente. Esto conforma un 46,60% de adolescentes en tratamiento psiquiátrico. Si bien esta diferencia permanece por debajo de los hogares con medidas de seguridad, en determinados centros esta cifra es superada ampliamente, presentando hasta un 80% de su población atendida con consumo de psicofármacos; y en cualquiera de sus escenarios, supera ampliamente los niveles relevados a nivel mundial y local.

¿Cómo se produce este nivel de prescripción y consumo de psicofármacos en los centros de protección? En primer lugar, la existencia de psicofármacos en estos centros se circunscribe a la existencia de un dispositivo psiquiátrico que los prescribe, tornándolos accesibles y obligatorios (por indicación médica) para sus adolescentes.

Para analizar la puesta en práctica de este dispositivo psiquiátrico en los centros de protección, se toma el análisis compuesto por tres ejes -diferenciados e interrelacionados- que plantea Michel Foucault (2012). En primer lugar, se estudia el

poder del psiquiatra, no solamente ejercido por sí mismo, sino a través de todos los actores que lo hacen posible en su ejercicio cotidiano (Foucault, 2012). En los hogares, son todos los actores de contacto cotidiano con los adolescentes que solicitan la atención psiquiátrica. Por este motivo, se entrevistaron por una parte a educadores y funcionarios involucrados en la gestión de los hogares, así como a psiquiatras del XXXX; entendiendo que todos ellos son actores que de alguna manera aportan al ejercicio de dicho poder. El segundo eje de análisis del dispositivo psiquiátrico propuesto por este autor, es analizar la verdad del alienado como objeto de saber (Foucault, 2012). Para ello, se recogieron los relatos de los destinatarios de estas políticas: los jóvenes.

Para el análisis interrelacionado de estos dos primeros ejes, comenzaremos describiendo algunos aspectos organizacionales de la atención psiquiátrica en el Instituto. Los psiquiatras del XXXX, se distribuyen comprendiendo sus distintas modalidades de atención ofrecidas: ante una situación de ingreso, en la policlínica y en el servicio de guardia. Si analizamos el recorrido de un joven al ingresar al sistema de protección del XXXX, comenzaremos describiendo cómo se activa este dispositivo psiquiátrico prácticamente desde su inicio. Se colocan psiquiatras en las entrevistas de recepción, ante un ingreso de un adolescente. Desde la gestión de División Salud, lo fundamenta desde un sentido preventivo: *"-No podés esperar que pase una semana, diez días y el nene llegue al hogar. Tiene que haber un acompañamiento ahí, ¿no? (...) Ahí tiene que estar el dispositivo de salud mental trabajando fuerte. (Q1)" (XX, 2015, p.123)*

Si bien la necesidad de abordaje inmediato es necesaria, cabe preguntarse si el abordaje en salud mental es inminente ante una situación de vulneración de derechos o de desvínculo de su familia de origen. A su vez, al intervenir exclusivamente con psiquiatras como los profesionales idóneos para la atención en salud mental, se

visualizó en distintos momentos un uso analógico entre los términos de “atención en salud mental” y “atención psiquiátrica”.

Si continuamos con el recorrido institucional, este joven que ingresa al sistema de Protección de XXXX a partir de la primer entrevista, es luego derivado a un hogar de ingreso mientras se procura otra solución permanente. Una vez ingresado a este primer centro, los educadores nos relatan cómo se practica la atención con el psiquiatra, mostrando cierta naturalización y generalización en su uso:

“(...) pasaba que iba el psiquiatra a una atención y atendía, yo que sé, cuatro gurises, cinco gurises, seis gurises de una. ¿Entendés? Entonces era como tipo despacho. Vení, pim, pum, pam -qué te pasó, cómo te sentís, no puedes dormir, pim, pam, toma, listo. (...) una cuestión de casi como un recurso cotidiano. (E2)” (XX, 2015, p.139)

Este enunciado nos relata la cantidad de jóvenes atendidos cotidianamente, a la vez que la forma de atención desplegada. Parece enunciar poco tiempo de escucha, y un foco en la distribución del psicofármacos por sobre otro tipo de abordaje clínico, más asociado al uso de la palabra. Como se describe a lo largo de este trabajo, estas características permanecen en las distintas modalidades de atención psiquiátricas, y se enuncia tanto por los educadores como por los jóvenes atendidos.

Ahora bien, el adolescente ingresado es posteriormente trasladado a otro hogar de permanencia. Si no llega allí con una prescripción del psiquiatra del primer hogar, existen otros posibles recorridos institucionales. Se encuentra en División Salud de XXXX, un servicio de Policlínica en Psiquiatría y un servicio de Guardia Psiquiátrica, para situaciones de crisis; ambos disponibles para los centros de protección de XXXX.

Respecto de la atención psiquiátrica en la Policlínica de División Salud -destinada a la

atención médica y psicológica para toda la población que atiende XXXX- hay varios funcionamientos a destacar. En primer lugar, la frecuencia de la consulta psiquiátrica suele ser cada tres meses, ya que todos los pacientes de División Salud adquieren automáticamente una hoja titulada “Pauta de Crónicos” que le permiten repetir medicación por ese período sin asistir a otra consulta médica. Este procedimiento está avalado en tanto hay un conocimiento de la falta de personal existente, tanto de psiquiatras como de educadores en los centros de protección, necesarios para realizar un acompañamiento debido. Por esta razón también, al momento de asistir a una consulta psiquiátrica, el acompañante puede ser seleccionado por ser el educador menos eficiente en el cotidiano. Ello genera que muchas veces el educador acompañante desconozca el motivo de consulta o la historia de vida del joven. Los psiquiatras entrevistados entonces, manifiestan tener escasas o nulas devoluciones del hogar respecto del comportamiento o de la evolución del joven.

Por otra parte, según el relato de los mismos jóvenes, la consulta psiquiátrica en el servicio de policlínica, se sostiene con escaso tiempo de consulta y difícil empatía con el psiquiatra tratante. Los jóvenes manifestaron poca comprensión sobre lo que les ocurre, generando en consecuencia, poca apertura de su sentir. A su vez, tanto psiquiatras, educadores y jóvenes, manifestaron que el psiquiatra suele priorizar el relato del adulto acompañante por sobre el del joven paciente, incluso cuando se visualiza al adulto acompañante desbordado en su tarea. Según el relato relevado de los adolescentes y de sus educadores acompañantes, el mecanismo pareciera ser la prescripción de psicofármacos antes que otro tipo de solicitud terapéutica. Es un doble proceso: la angustia no-procesada por medio de un psicofármaco que la elimina y la imposibilidad institucional de visualizar otro tipo de terapéutica, ni en la misma consulta psiquiátrica ni con otro recurso profesional.

Ahora bien, ¿qué motivos de consulta presentan frecuentemente los hogares cuando

convocan a un psiquiatra para un adolescente que allí reside? Todos los actores entrevistados acuerdan, que la atención psiquiátrica se conforma como respuesta institucional frecuente ante un desajuste emocional asociado a los comportamientos derivados de la violencia. Las nominaciones más significativas que emplearon todos los adultos entrevistados fueron: violencia, incitación, agresividad, ansiedad, crisis de excitación psicomotriz y trastornos comportamentales. Sin embargo, existe un término coloquial, cotidianamente utilizado en la institución para referirse a aquellas situaciones de descontrol que ameritan convocar al psiquiatra de guardia: *Descompensado*. En palabras de un educador:

“-Un gurí que empieza a gritar, que empieza a patear, que se tira al piso, que capaz que eventualmente patea una puerta, que le pega a una pared (...) sube la escalera, baja, golpea puertas, se va, yo qué sé ¿no? Por ahí, no te hace caso (...) un gurí en estado de ansiedad, yo qué sé. Que lo podes controlar con un psiquiatra o podes tratar de controlarlo... Para mí es eso "descompensado". Es lo que aprendí en XXXX, después en la vida real no tengo idea qué es "descompensado" (risas).(E3)” (XX, 2015, p. 126)

Como primer punto a destacar de este relato, la intervención del psiquiatra aparece directamente relacionado a una forma posible de *control*: de control de sí, pero también del control del educador sobre el joven. Es decir, parecería haber una diferencia en si el joven logra reconocer el límite marcado por el adulto a cargo o si en cambio no puede legítimarlo. Desde la perspectiva de los adolescentes, el motivo de consulta también está relacionado a la violencia: sino te podes controlar, rompes cosas, gritas e insultas. Desde su visión, la intervención con psicofármacos en comprimidos incluso resulta preventiva de un inyectable en el servicio de guardia psiquiátrica. Tampoco para ellos, existió otro tipo de demanda relatada que operase en paralelo al psicofármaco. En palabras de un joven:

“-Claro, sino te dan es porque te podes controlar y eso...(....) llegar al extremo

de romper las cosas, de gritar de insultar (...)

-¿Y a vos nunca te dio por descontrolarte?

-Sí, una vuelta nomas. Pero fue porque me metieron con la cabeza al agua fría.

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

-¿Y no te llamaron al psiquiatra?

-No, me decían que me iban a llamar pero ta...yo ya me había tranquilizado y no me llamaron nada.(J3)" (XX, 2015, p. 127)

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

Este mecanismo de llamar al psiquiatra como figura de autoridad última (Foucault, 2012), coloca el foco de análisis en los educadores. En definitiva, son quienes sostienen sus emociones y solicitan el servicio psiquiátrico. En el análisis de su tarea al interior de los centros, parece entenderse que la formación y cantidad de personal es insuficiente para poder diseñar estrategias de abordaje diversas frente a las angustias y las “descompensaciones” de los adolescentes; legitimando y solicitando en consecuencia, la prescripción de psicofármacos así expuesta.

La naturalización de este dispositivo se visualiza también desde la perspectiva del psiquiatra. Los mismos, han relatado cómo en sus guardias existen dificultades de

comunicación con los educadores de los hogares, en función de las condiciones concretas de trabajo en las que se encuentran: solos en el turno a cargo de 15 adolescentes, en ocasiones con poca formación para el manejo de la angustia o con poco conocimiento de la vida del joven. En otras palabras, estas asociaciones enuncian que las modalidades educativas de sostener y contener al joven repercuten en la forma de sostener la atención psiquiátrica. ¿Cómo trabajar las conductas relacionadas a la violencia? Una psiquiatra nos relata:

“-Yo creo que la violencia tiene que ver con, y acá si creo, con la falta de posibilidades dentro del hogar, del manejo de la violencia muchas veces, ¿no? El hogar se paraliza, no hay personal suficiente, eh, hay mucho miedo a la intervención a veces policial, que a veces es necesaria. (Q1)” (XX, 2015, p. 136)

Es necesario destacar que la observación del psiquiatra enuncia que el manejo de la violencia se atendería con otra figura de autoridad mayor: la policía. Aquí la figura del psiquiatra no está asemejada a otra función que la de imponer el límite en el adolescente que no lo logra mediante la figura del educador. En este sentido, el control buscado para el manejo de estas situaciones parece estar únicamente relacionado a la puesta de límites y al manejo de la autoridad del rol del educador. Por lo tanto, si la forma de manejar estos comportamientos por parte de los adultos define la convocatoria al psiquiatra, no solamente la conducta de los jóvenes debería constituirse como análisis del motivo de la solicitud de esta atención.

Profundizando en este sentido, los adolescentes entrevistados relataron cómo la puesta de límites se produce también a partir de la *amenaza* del llamado a la guardia psiquiátrica, invocándolo como un tercero que viene a poner freno a la escena. Si bien el uso del físico como puesta de límites está prohibido, la autoridad psiquiátrica y el fármaco parecen ocupar el lugar de ese otro cuerpo que viene a frenar al cuerpo

adolescente. Los jóvenes, principales protagonistas, van reconociendo diversas modalidades de educadores en torno a la solicitud del servicio psiquiátrico, exponiendo cómo se relaciona con otras cuestiones institucionales que trascienden a la visible “salud mental” del joven. De aquí se desprende cómo, la llamada al psiquiatra, parece enmarcarse también en una lucha de poder entre el educador y el joven. Este joven relata:

“-¿Te acordás de (educadora)? X era muy de -¡Te llamo al psiquiatra! Por eso todo el mundo también la odiaba...era buenísima igual, pero ta. Pero era muy de amenazar con eso. (...) en esa amenaza de llamo-no llamo. (...) eso genera fricción. Y la fricción termina en caos. Dos móviles, los gurises se suben a la azotea, tiran piedras, eso. (J2)” (XX, 2015, p. 138)

En este escenario, algunos adolescentes relataron cómo resisten a esta lucha de poder cotidiana. La “llamada al psiquiatra” puede ser utilizada “en su beneficio”, para exponer al educador en una modalidad de trabajo coercitiva más que empática. En voz de un joven:

“-Yo soy un chanta, un calculador. Incitaba que me llamaran al psiquiatra, cuando me llamaban al psiquiatra, me calmaba, hablaba con él. Era cualquiera (risas), hacía que se moleste el trabajo, aparte de repente destrozaba todo. Yo sabía que iban a llamar al psiquiatra, pero no iba a seguir en la misma como los otros gurises para que me pincharan. (...) Le rompía todo y eso los dejaba con más bronca a los educadores que son ratas; ratas, ¿viste? Que son mala gente. (J2)” (XX, 2015, p. 138)

El último fragmento pone en evidencia que la relación entre el vínculo educativo y la solicitud del psiquiatra de guardia es además percibida por todos sus actores de atención en el centro. El adolescente maneja esa información y la utiliza como una estrategia de resistencia al dispositivo de intervención. Es necesario destacar, que si el

cuestionamiento al interior del hogar se produce ante lo frecuente de la llamada al psiquiatra, es porque en algún plano no explícito, todos los actores parecen manejar que esta solicitud no se relaciona únicamente al estado mental del joven, sino que incluye aspectos como la cotidianidad, la modalidad de trabajo, los recursos subjetivos con los que cuente el educador de turno y el tipo de vínculo que se establece con los adolescentes. Sin embargo, aunque todos los actores entrevistados parecen comprender estas reflexiones -y aún manifestándose en desacuerdo-, el engranaje institucional continúa funcionando sin grandes cuestionamientos formales al sistema.

Otro nivel de análisis disciplinar, permite comprender algún aspecto de este funcionamiento. De las entrevistas emergió que si el educador llama al servicio de guardia y el psiquiatra prescribe psicofármacos, el director del centro pierde legitimidad disciplinar para cuestionar al educador; ya que está cuestionando al mismo saber psiquiátrico. La falta de comunicación entre estos ámbitos disciplinares, genera un silencio que en definitiva culmina interviniendo únicamente sobre el joven. Y de esta manera, se evita cuestionar aspectos que hacen a la tarea de cada actor y del mismo funcionamiento institucional. El lugar de poder del Departamento de Psiquiatría pareciera ser incuestionable en la institucionalidad del XXXX; y entiendo que dicho poder se sustenta también en el nivel de demanda que efectivamente tienen, fundamentado en última instancia, en los niveles de peligrosidad y marginalidad que la misma noción de enfermedad mental acarrea (Amarante, 2006).

En consonancia y complementariamente a esta visión, los técnicos que trabajan en los hogares o con los psiquiatras del Instituto -Psicólogos, Trabajadores Sociales y Psiquiatras- no mantienen ninguna instancia de intercambio sobre las estrategias educativas que se despliegan en la cotidianidad de estos centros. Como consecuencia, los educadores refieren desempeñar una tarea sumamente exigente a

nivel emocional y sentirse poco acompañados en la creación y el desarrollo de estrategias educativas con estos jóvenes. Parece desprenderse de la investigación, una cultura institucional que históricamente ha tenido carencias en la cantidad, formación y construcción de los equipos de trabajo encargados del cuidado directo de los jóvenes. De esta manera, el psicofármaco pareciera convertirse en un recurso institucionalizado que acalla síntomas relativos al proceso de institucionalización de un sujeto y que invisibiliza lo cotidiano de estos centros: sus dinámicas, sus técnicos y sus jóvenes como sujetos de enunciación de sí.

Construcciones del sí mismo: algunas subjetividades emergentes

Lo expuesto hasta el momento nos coloca en el tercer y último eje de análisis del dispositivo psiquiátrico propuesto por Michel Foucault (2012): el análisis de la subjetivación producida. En definitiva, resta problematizar sobre cómo puede incidir este consumo de psicofármacos, en la conformación subjetiva de un adolescente que vive en esos centros. Se aborda este eje tomando los aportes de Foucault (1983) donde relaciona la cuestión del gobierno y del poder, con el ser; planteando que son necesarias las luchas contra las formas de sujeción en tanto sumisión de la subjetividad, para alcanzar la emancipación del ser. Las formas de sujeción para Michel Foucault (1983), son fenómenos derivados de procesos económico-sociales, como las consecuencias que determinan las fuerzas de producción, la lucha de clases y las estructuras ideológicas que determinan la subjetividad.

Para abordar las resistencias a las formas de sujeción que se enunciaron en el transcurso de la investigación, se describen algunos mecanismos ocultos que tienen por finalidad regular lo que sienten como *excesivo* sus actores institucionales: los jóvenes, educadores y directores de centro. En primer lugar, venimos describiendo cómo los adolescentes procuran exponer lo abusivo de la solicitud psiquiátrica de

guardia cuando hay un educador que amenaza cotidianamente y lo utiliza como forma de puesta de límites.

En segundo lugar, los mismos jóvenes manifestaron cómo algunos evaden tomar el psicofármaco, tirando la grajea. Los adultos encargados de su cuidado, mantienen rituales de vigilancia consecuentes: el control de la boca abierta en el momento que toma la medicación. Si esta evasiva transcurre con éxito, aparece un segundo momento de vigilancia para el adolescente en cuestión. El grupo de jóvenes, evalúa entre pares el nivel de riesgo de no tomarla o lo abusivo de su prescripción. De esta manera singularizan la situación de cada joven; y en función de su resultado, le comunican al adulto o realizan un pacto de silencio y complicidad. Resulta interesante puntualizar cómo estos mecanismos juveniles mantienen criterios de salud, de autoridad y de regulación como mecanismo gubernamental (Foucault, 2011) en torno a sí mismos y al funcionamiento grupal. Por un lado, es el auto-gobierno de sí -entre pares- y en este sentido se constituye como una reproducción del poder psiquiátrico (Foucault, 2012). Por otro lado, éstos parecieran encontrar un análisis interesante en el uso del dispositivo psiquiátrico: no responden creyendo que toda la psiquiatría es perjudicial, pero tampoco la aceptación acrítica de un sistema en el no se sienten escuchados.

En otro nivel institucional, educadores y cargos de gestión enunciaron cómo resuelven unilateralmente no darle medicación psiquiátrica a los adolescentes que tienen a cargo, sin poder explicitarlo con nadie dentro de la institución. Aquí la resistencia se constituye devolviéndole al sujeto-paciente la capacidad reflexiva de poder dar cuenta de sí: en un acuerdo silencioso para el resto del equipo de trabajo, el educador o director le pregunta al adolescente si se siente bien y si precisa la medicación; generando la decisión educativa y política de no prescribir psicofármacos ante cualquier irregularidad.

En esta modalidad, el joven es subjetivado a sí mismo, considerándolos a ellos como informantes privilegiados de su sentir; y con ello contrarrestando el mecanismo naturalizado de la institución: poca frecuencia y tiempo de consulta, escasa escucha de su relato y una pobre relevancia a los aspectos clínicos más dinámicos de su atención para su seguimiento. En definitiva, la descripción de la puesta en práctica del dispositivo psiquiátrico a través de la singularización de las experiencias ha permitido contrastar los discursos totalizantes y visualizar con ello, el carácter político que conlleva la decisión de cómo trabajar los trastornos comportamentales y los desajustes emocionales que los jóvenes presentan en los centros.

En otro nivel de análisis, si retomamos a Michel Foucault (1983) en sus estudios acerca de las disciplinas, podríamos concluir que las consecuencias de la intervención psiquiátrica generan la creencia de existencia de patología mental en el joven, en tanto se constituye como sujeto medicable por psicofármacos. En este sentido, los educadores entrevistaron que en el momento que deciden convocar al psiquiatra de guardia en una situación de “descompensación” de un joven, solicitan su saber para que el profesional despeje si la descompensación remite a un estado mental del joven, o si refiere a una reacción reactiva al entorno del hogar. Imaginariamente parece encontrarse que ante lo reactivo, no correspondería la prescripción de psicofármacos.

Sin embargo, los psiquiatras no parecen actuar en función de este análisis. De las entrevistas mantenidas, los psiquiatras han manifestado respecto de los hogares de protección -a diferencia de los hogares con medidas de seguridad- que las consultas psiquiátricas se producen por una reacción sintomatológica y no por algún trastorno de tipo etiológico. Es decir, la “descompensación” que motiva la solicitud del profesional, parecería estar más relacionada a las conductas emergentes de la misma situación de internación, que por una patología psíquica previamente definida.

En el correr de la investigación tampoco aparecieron instancias de intercambio entre el área de atención en salud mental y el área de los centros de protección del Instituto; ni a nivel de gestión ni de atención directa. Según lo relevado, el psiquiatra suele valorar que el educador se encuentra desbordado en su tarea y debido a sus condiciones concretas laborales no comunica otras opciones de manejo de la angustia e interviene únicamente con psicofármacos; mientras el educador asienta en su imaginario -aunque con sospecha- que al prescribir psicofármacos se confirma la situación de salud mental del joven. Esta dinámica imposibilita visualizar cómo las estrategias de intervención diseñadas en un área afectan directamente las dinámicas de la otra, y escinden al sujeto psiquiatrizándolo en su intervención.

Con el fin de problematizar sobre los efectos que produce esta dinámica institucional, se indagaron algunos relatos que construyen los jóvenes sobre sí mismos, al egresar de la institución por mayoría de edad. Al indagar las percepciones que los jóvenes realizaron de sí a partir de lo devuelto en sus años de vida previos e institucionales, aparecieron las siguientes definiciones: “manipulador, orgulloso, calculador y “complicado de laburar”” (XX, 2015, p. 162). Estas devoluciones fueron realizadas por otros adultos -trabajadores del XXXX- y las trajeron a las entrevistas en tanto sintieron que los marcaron en la conformación de su subjetividad. Respecto de los vínculos sociales logrados durante sus tránsitos institucionales, las manifestaciones, cuando no evasivas, fueron las siguientes:

“-No le pido nada a nadie, sino te gusta date media vuelta....la vida es así lamentablemente. No espero ni busco nada de nadie. Al contrario, yo de la gente espero la peor mierda. En vez de esperar una gotita de mierda, espero un camión de mierda. (...) Y después que pasa, después me salpica una gotita y no es nada, es bueno. Cómo yo esperaba un camión...ya no es como antes, viste? (J2)” (XX, 2015, p. 117)

Estos últimos fragmentos representan una construcción subjetiva adolescente desde lo carente, teniendo como defensa la evasión y la provocación; y manteniendo la expectativa de un encuentro con el otro desde la desconfianza, el ataque y la defensa.

En relación a la percepción de sí en torno a la medicación con psicofármacos, las respuestas de sus principales protagonistas resultaron similares:

“-(...) Allá, cuando estaba con una mina...aparecía (Educadora). ¡(Nombre), la Medicación! (...) ¡Y yo la quería matar! Cuando hacía eso era para matarla. Yo después se lo cuestioné eso.(...) Yo me sentía re- enfermo mental, toma medicación. O mirá: Y los gurises del hogar, toman medicación, todos enfermitos. (J2)” (XX, 2015, p. 162)

En este adolescente se visualiza la tensión existente que opera entre una resistencia a pensarse como “enfermo psiquiátrico” y la producción simultánea de ese mismo sentir. Recordemos que si la cura psiquiátrica para Foucault (2012) está relacionada a un estado de total sumisión frente al poder psiquiátrico, su interiorización lo constituye como estructural de su personalidad. En otras palabras, se produce la misma enfermedad que en simultáneo cura; y como consecuencia, la patología trabajada únicamente con psicofármacos, genera subjetividades enfermas consecuentes. En consecuencia, se propone entonces dejar de entender que este sentir -de nominarse como *enfermito*- debe minimizarse por ser un adolescente en crisis (Chaves, 2010) o porque no comprende los fundamentos de la psiquiatría.

La respuesta del XXXX como institución social y educativa ante una situación de descontrol de un adolescente que se encuentra bajo su cuidado, debiera apuntar a la adquisición de nuevas herramientas subjetivas y no mantener como primer respuesta, el recurrir a un objeto externo de sí para lograrlo. La tarea simbólica en la restitución

del ejercicio de sus derechos, debería contemplar en el desarrollo del joven el aprendizaje del establecimiento de otros vínculos, no violentos y reparadores. Los psicofármacos gestionados de esta manera parecen anular el sentimiento de capacidad de control de sí, produciendo la necesidad de una determinada sustancia para su logro.

En relación a este fenómeno, la filósofa Beatriz Preciado (2013) plantea que durante el siglo XX los cuerpos pasan a ser concebidos como biotipos humanos, es decir, como bienes de intercambio gestionados por las multinacionales farmacéuticas. Se produce una transformación de los conceptos de libido, conciencia, feminidad, masculinidad, heterosexualidad y homosexualidad en realidades tangibles, en sustancias químicas y en moléculas comercializables. Las subjetividades conformadas en el marco de estas sociedades, las denomina subjetividades toxicopornográficas: subjetividades que se definen por la sustancia que domina su metabolismo (sujetos cannabis, sujetos alcohol, sujetos prozac, etc.); obteniendo un cuerpo como artefacto que adquiere estatuto natural. El capitalismo actual, desde esta perspectiva, mantiene como motor el control farmacopornográfico de nuestra subjetividad y sus productos son los fármacos, las sustancias de consumo y todo lo que produce estados mentales y psicósomáticos de excitación, relajación y descarga. Este proceso de consumo, genera a la vez una sensación de control omnipotente pero de insatisfacción necesaria para no quedar saciado y seguir consumiendo. Es una nueva economía dominada por la era de la píldora, y su principal recurso, lo constituye el cuerpo adicto.

Si en la sociedad disciplinar planteada por Michel Foucault, el control del cuerpo se producía desde el exterior, en este escenario el control es una tecnopolítica que toma forma de cuerpo, se incorpora y se disuelve. Se constituyen así como tecnologías blandas de microcontrol que se transforman y toman forma de cuerpo, y desde el momento que se hacen inseparables, devienen en subjetividad. El cuerpo ya deja de

habitar lugares disciplinarios, sino que el espacio disciplinario habita en el cuerpo (Preciado, 2013). El cuerpo se traga al poder, a la vez que se produce un cuerpo diseñado para deseirlo (Preciado, 2013). Estos desarrollos teóricos parecen comprender las diversas fases de un mismo proceso por el cual se produce una intervención psiquiátrica, una prescripción de psicofármacos y un consumo deseado posterior. En voz de un joven:

“-En un momento, caí en esa que después me di cuenta de que era todo psicológico, todo mental, de que “ay estoy todo deprimido, voy a tomar la Quetiapina” porque siempre la tenía ahí. Y yo la tomaba...pero después me di cuenta de que era un tema psicológico. Que uno pensaba, estoy deprimido y necesito la medicación, pero después me di cuenta de que no la necesitaba. La medicación era un método de seguridad falsa. (...) Después empecé a leer mucho...viene por ahí la cosa.(J2)” (XX, 2015, p.163)

Este adolescente mantiene capacidad de reflexión, valorando a los psicofármacos como métodos de “seguridad falsa” y elaborando nuevas formas de control de sí. Estos jóvenes, podrán dejar los psicofármacos apenas egresen de la institución y la sustituirán con otros elementos subjetivos. Para todos los otros jóvenes que no logren, deberán procurar otra sustancia que les ocasione la contención subjetiva que no han aprendido a obtener por sí mismos. La intervención basada exclusivamente en la prescripción de psicofármacos potencia aspectos adictivos en los jóvenes y genera una producción de enfermedad mental que contribuye a la permanencia o concreción de su situación de expulsión social (Corea & Lewkowitz, 1999). Por lo tanto, la propuesta brindada por el XXXX debiera ser particularmente cautelosa en no aportar a una construcción de cuerpos en crecimiento que van deseando un psicofármaco que los regule; es decir, parafraseando a Beatriz Preciado (2013), cuerpos fundamentalmente adictos en su desarrollo y constitución subjetiva.

Referencias

Acosta, V., & Scharf, D. (2014). Menores y psicofármacos. Responsabilidad estatal en la importación de medicamentos y su uso en centros de reclusión La Ruta de Las Canicas: Psicofármacos, Niñez Y Adolescencia. 28–34.

Amarante, P. (2006). Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.

Angell, M. (2011). The illusions of Psychiatry. The New York Review of Books, July 14. Recuperado de <http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jul/14/illusions-of-psychiatry/? pagination=false&printpage=true>

Bielli, A. (2012). La introducción de los antidepresivos en Uruguay (1950-2000). Transformaciones de los saberes psicológicos. Montevideo: CISC.

Chaves, M. (2010). Jóvenes, territorios y complicidades. Una antropología de la juventud urbana. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Corea, C., & Lewkowitz, I. (1999). ¿Se acabó la infancia? Ensayo sobre la destitución de la niñez. Buenos Aires: Lumen/Hvmanitas

de León, N. (Coord). (2013). Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. Montevideo: Psicolibros/ Waslala.

Foucault, M. (1983). El sujeto y el poder: Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica. (pp. 241–259). Buenos Aires: Nueva Visión.

..... (1999). Los anormales. Curso en Collège de France (1974-1975). Buenos

Aires: Fondo de Cultura Económica.

..... (2002). Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI.

..... (2011). Seguridad, territorio, población. Curso en Collège de France (1977-1978). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

..... (2012). El poder psiquiátrico. Curso en Collège de France (1973-1974). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Frances, A. (2014). ¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría. Buenos Aires: Paidós.

Míguez Passada, M. N. (2012). La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya. Buenos Aires: Estudios Sociológicos.

Palummo, J. (2009) Justicia y Exigibilidad de los Derechos. Análisis de las facultades, ventajas y limitaciones del Poder Judicial para incidir sobre la formulación de políticas públicas a través de un caso. Publicación del Colegio de Abogados del Uruguay. N° 163. 29-32.

Passos, E., Kastrup, V., & da Escóssia, L. (2009). Pistas do Método da Cartografia. Pesquisaintervencao e producao de subjetividade. Rio de Janeiro: Sulina.

Preciado, B. (2013). Testo yonqui. Barcelona: Espasa.