



UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO CUARTO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
LICENCIATURA EN PSICOPEDAGOGÍA

Trabajo Final de Licenciatura en Psicopedagogía

**Diagnóstico, Patologización y Medicalización en la Infancia. Una
propuesta psicopedagógica**

AUTORAS

Noble, Lucia, Valeria.

DNI: 37489014

Veronesse, Fiama.

DNI: 37797552.

DIRECTORA

Dra. Mariana Bottini

CODIRECTORA

Dra. Soraya Rached

*Todos somos genios.
Pero si juzgas a un pez
por su habilidad de trepar árboles,
vivirá toda su vida pensando que es
un inútil.
Einstein, A.*

Agradecimientos

En primer lugar, deseo agradecerle a mi familia, cimiento de mi desarrollo, que con mucho esfuerzo me dieron esta posibilidad. Sin su amor y confianza esto no sería posible.

A mis amigas, sinónimo de incondicionalidad y compañerismo.

A mi compañero.

A la Universidad Nacional de Río Cuarto, por cobijarme, trasmitirme valores y formarme como persona y profesional en lo que tanto me apasiona.

A los niños que me motivaron, los que simplemente ejercen el oficio de ser niños, inocentes de todo lo heredado.

Gracias a todos y cada uno por ser parte de mi felicidad, ¡gracias por el apoyo incondicional y cariño formidable!

Lucía, Noble.

Ante todo, quiero agradecer a mi familia, por ser mi sostén y brindarme todo su amor, indispensables para llegar hasta esta instancia.

A mis amigos, por la escucha y el apoyo incesante.

A Lucía, compañera de tesis, por su amistad incondicional y por compartir juntas el mismo entusiasmo.

A la Universidad Nacional de Río Cuarto por abrirme sus puertas al conocimiento y brindarme las herramientas fundamentales para mi futuro rol profesional, por el apoyo y la motivación necesarias para alcanzar los logros deseados.

¡Inmensamente agradecida y feliz de haber alcanzado esta gran meta!

Fiana, Veronesse.

Y un agradecimiento especial para nuestras profesoras, Dra. Mariana Bottini y Dra. Soraya Rached, por ser parte de este arduo trabajo de investigación, por guiarnos, aconsejarnos, brindándonos su tiempo y compromiso con un interés genuino.

Por último, a todos los niños y niñas que colaboraron con sus producciones para la realización de los collages que componen las portadas de cada capítulo de esta tesis.

Índice

Introducción.....	8
Capítulo I.....	14
Diagnóstico: Concepciones y particularidades	14
I-a Algunas consideraciones diagnósticas.....	14
I-b Modalidades diagnósticas	18
Referencias bibliográficas	27
Capítulo II.....	29
De la patologización a la medicalización de la infancia	29
II- a ¿Nuevas patologías? El proceso de la patologización.....	29
- El discurso de las neurociencias	33
II-b Expansión terapéutica. El proceso de la medicalización.	35
- Farmacracia	40
- Consumo de psicofármacos.....	44
- Datos estadísticos.....	47
Referencias bibliográficas	51
Capítulo III.....	54
Infancias Actuales. Constitución subjetiva.....	54
III-a El lugar de las políticas públicas	63
III-b El lugar de la escuela.....	75
Referencias bibliográficas	80
Capítulo IV	83
Material y método de investigación	83
Diseño de investigación	84
Entrevista n°1: Lic. en Psicopedagogía. Liliana González	87
Entrevista n°2: Médico Pediatra. Enrique Orschanski.....	89
Entrevista N°3: Lic. en Ciencias de la educación. Norma Filidoro.....	92
Entrevista N°4: Médico Neurólogo. Jaime Tallis	96

Entrevista N°5: Dr. Psicología. Gustavo Cantú.....	97
Entrevista N° 6: Lic. en Psicopedagogía. Carmen Fusca.....	99
Entrevista N° 7. Lic. en Psicología. Miguel Tollo.....	102
Entrevista N°8: Lic. en Psicología. Silvia Morici.....	106
Entrevista N°9. Dr. en Psicología. Gabriela Dueñas	108
Entrevista N° 10: Lic. en Psicología. Esp. en Psiquiatría Infantil. Juan Vasen	112
Análisis de datos y resultados	116
Análisis de los datos referidos al Diagnóstico.....	116
Análisis de los datos referidos a los fenómenos de Patologización y Medicalización.....	126
Conclusiones y discusiones	140
Tendiendo puentes: Una Propuesta Psicopedagógica	147
Anexos	152
Bibliografía	157

Introducción

En el presente Trabajo Final de Licenciatura nos proponemos reflexionar acerca de la relación que se establece entre la construcción de diagnósticos y los fenómenos de patologización y medicalización en la infancia, generando una mirada crítico-reflexiva en torno a futuras intervenciones desde el rol psicopedagógico.

La elección del tema se debió al interés que nos generaron los contenidos desarrollados durante el cursado de la asignatura Psicología Profunda II. Estos giran en torno a desarrollos conceptuales recientes desde la perspectiva psicoanalítica, que consideran los aportes freudianos y post-freudianos que permiten pensar la problemática del acceso al conocimiento y a los procesos de simbolización, a partir de abordar las condiciones necesarias para la estructuración del aparato psíquico, la constitución de los prerrequisitos del funcionar inteligente y de los procesos de pensamiento.

Entendemos que estos aportes resultan de interés ya que el eje temático que guio nuestra investigación -la importancia del cuidado de la infancia-, se encuentra en estrecha relación con los problemas de acceso al estar/permanecer en la Escuela.

En función de esto, se observa en la actualidad una creciente tendencia a construir diagnósticos apelando a la mera descripción conductual a partir de clasificaciones de manual, como una especie de catálogos de síntomas que deja de lado las determinaciones históricas y sociales, intra e intersubjetivas del sufrimiento psíquico.

En este sentido, consideramos que un diagnóstico debe tener en cuenta las vivencias del sujeto que sufre y la historia en la que se enmarca ese sufrimiento, no sólo sus conductas, y por lo tanto es algo que se va construyendo a lo largo del tiempo y que puede tener variaciones (Janin, 2012).

Al respecto, Janin (2012) considera que actualmente impera el modo-catálogo en manuales tales como el DSM -Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales- en todas sus versiones, el cual se rige por una visión determinista y predictiva del desarrollo humano. Como consecuencia, se producen diagnósticos a modo de etiquetas o rótulos que inciden en la identidad del niño y en ocasiones favorecen la segregación en el ámbito escolar. Es así como el infante queda atrapado en un decir sobre él, que lo desconoce como sujeto que transita un momento de crecimiento y cambio.

Actualmente, uno de los problemas que existen es que se designan ciertas conductas de los niños como si fueran una señal de una patología de por vida, lo cual conlleva a lo que se denomina patologización de la infancia. Es así como hoy, los niños que no responden a ciertas exigencias del ideal normalizador y homogeneizador son diagnosticados desde una perspectiva del déficit, medicados y segregados paulatinamente al interior de las escuelas, incluso a pesar de la proliferación de discursos en los que se pregona la inclusión.

Concordando con el planteo de González (2012) es importante considerar que, al iniciar un proceso clínico, se va en busca de un sujeto o de alguien en vías de serlo, que no es pues, ir tras un cuadro psicopatológico para encontrarlo o ponerle nombre como, por ejemplo, Dislexia, Síndrome Disatencional, etc. Estas categorías diagnósticas pueden calmar la propia angustia del profesional con la falsa ilusión de que es posible intervenir de un modo protocolizado, cuando en realidad lo que ocurre es que se aplana la posibilidad de pensar y abordar el malestar subjetivo, que habita tras los síntomas en toda su complejidad.

La problemática llamada patologización, refiere a la lectura que se hace de aquellas conductas de personas que se salen de los presuntos estándares y esquemas estipulados por la sociedad, las cuáles se consideran como problema y enfermedad, teniendo como solución la medicación.

Sobre esta cuestión resulta pertinente resaltar la diferencia que se establece entre medicalizar y medicar, ya que ésta última refiere a aquellas situaciones en las que el uso de medicamentos es necesario para el tratamiento de enfermedades. Mientras que la medicalización alude al uso indebido de la medicación como lo es el uso de psicofármacos con el fin de controlar, “normalizar” y acallar de la manera más rápida posible, aquellas conductas y síntomas que se suponen patológicos en sí mismos y no como indicio de malestar a atender.

Por ende, nuestro abordaje no implica el cuestionamiento del uso de medicación, sino de su abuso y mal uso. Cuando hablamos de mal uso, nos referimos a aquellas situaciones en las que resulta iatrogénico el uso de la medicación fundamentalmente en tiempos de infancia. Sabemos que muchos síntomas de hiperquinesis pueden deberse a situaciones traumáticas de las que el sujeto no puede dar cuenta; o la disatención responder a procesos depresivos en la infancia, que al ser medicados pasan

inadvertidos mientras que el proceso que da origen a los síntomas continúa operando de manera larvada, generando patología severa a futuro.

En relación con lo anterior, Herrera Gayosso (2016), afirma que la sobrediagnosificación ha resultado ser un gran negocio lucrativo para muchos agentes de salud, educación y política; pero particularmente para los laboratorios farmacéuticos, los cuales pretenden generar demanda en los consumidores demostrando las ventajas de aquellos productos que suponen mejorar la calidad de vida.

Una de las Investigaciones realizadas por el Observatorio Argentino de Drogas entre 2006 y 2007, focaliza en la problemática del proceso de banalización de los medicamentos. En este estudio, se resalta la tendencia a buscar en la farmacología resultados eficaces e inmediatos, que no se reducen al mundo adulto, sino que en las últimas décadas los profesionales de la salud advierten una tendencia creciente del consumo de psicotrópicos en niños de edad escolar.

La mayoría de los especialistas aseveran que el tratamiento farmacológico es imprescindible y que un 70% de los niños diagnosticados deberán usar medicamentos destinados a su control, lo cual quiere decir que 7 de cada 10 niños usarán ciertos psicofármacos como por ejemplo Ritalin, Focalin, o cualquier derivado del Metilfenidato inmediatamente después del diagnóstico.

En la Argentina no existen publicaciones de estadísticas oficiales sobre niños diagnosticados y menos aún de niños medicados, sin embargo, el Ministerio de Salud de la Nación emite en el informe N°70 de abril de 2007, que existen en el país 50.000 casos diagnosticados, de los cuales 20.000 son tratados con medicación. Además, Faraone (2008) afirma que en la Argentina no existe sobrediagnóstico, sino más bien subdiagnóstico y submedicación.

Para finalizar y en relación con lo anterior, podemos resaltar la importancia de las políticas públicas por su vinculación con la salud pública en pos de intentar generar prácticas en términos de salud y educación que lejos de favorecer el mercado de la enfermedad y el lucro que de éste obtiene la industria farmacéutica, propicie una mirada y un abordaje que atienda a la complejidad de los fenómenos humanos.

En este sentido, el Estado como ente regulador y garante de los Derechos debería generar políticas públicas que garanticen a todo niño el Derecho a la Asistencia Integral en materia de Salud, Educación, etc., sin tener por eso que requerírsele un

Certificado de Discapacidad, lo cual va en contra de lo propuesto por la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/10.

Al respecto, es importante destacar que la actual tendencia a promover leyes por patologías también debe pensarse críticamente, en tanto favorece la proliferación de esta modalidad reduccionista de construcción de diagnósticos, cuyo efecto será de mayor etiquetamiento a edades cada vez más tempranas, generando mayor patologización. Actualmente se ha sancionado la Ley de Dislexia -DEA-, que contradice a las leyes nacionales de Educación, Salud Mental y de Protección Integral de los Derechos de la Niñez, y que habilita, desde una perspectiva biologicista, un abordaje a esta problemática que desplaza a la función pedagógica y no contempla otras problemáticas de los alumnos.¹

Es a partir de esta cuestión que, consideramos pertinente resaltar que, tal como lo muestra el espíritu de las leyes anteriormente citadas, ciertas dificultades puestas de manifiesto en el aprendizaje, así como en el poder/saber estar en la escuela que presentan algunos niños, debieran ser abordadas desde una perspectiva de derechos, atendiendo a la complejidad que implica un sujeto en proceso de constitución y por tanto interdisciplinaria.

En consecuencia, la *hipótesis* que guía nuestra investigación se basa en que existe una correlación causal entre lo que describimos aquí como las nuevas modalidades de construcción diagnóstica y los llamados fenómenos de medicalización y patologización de la infancia, con el consecuente aumento de prescripción de medicamentos en beneficio del mercado de la industria farmacéutica.

Los objetivos que guiaron la investigación fueron los siguientes:

General:

- Reflexionar acerca de la relación entre la construcción diagnóstica y los fenómenos de Patologización y Medicalización en la infancia.

Específicos:

- Investigar las formas de Diagnosticar desde diferentes paradigmas.
- Caracterizar los fenómenos actuales de Patologización y Medicalización.

¹ Disponible en: <http://infobaires24.com.ar/con-270-votos-a-favor-se-aprobo-la-polemica-ley-de-dislexia/>

- Generar una mirada crítica y reflexiva acerca de esta problemática en torno a la intervención psicopedagógica.

Metodología

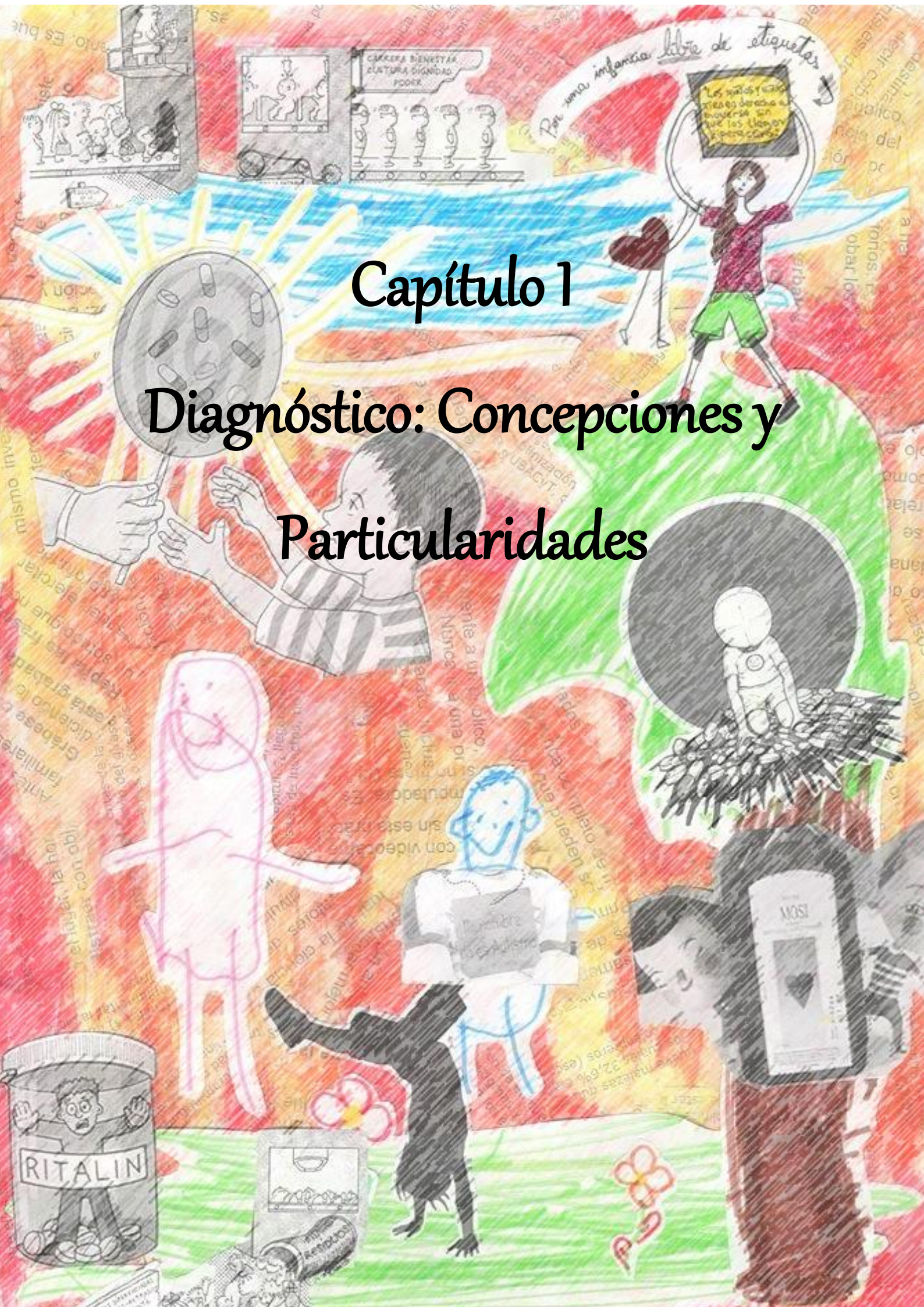
Con el fin de responder a los objetivos propuestos se llevó a cabo una investigación cualitativa de tipo descriptiva e interpretativa, asumiendo como unidad de análisis a ciertos profesionales expertos que, a partir de su trabajo tanto en instituciones escolares como en clínica con niños, investigan esta temática.

El instrumento utilizado para recoger los datos necesarios fue una entrevista semi-estructurada a expertos en la temática.

El análisis de datos fue abordado de manera cualitativa ya que nos permitió establecer un conocimiento profundo acerca de la problemática abordada.

Capítulo 1

Diagnóstico: Concepciones y Particularidades



Capítulo I

Diagnóstico: Concepciones y particularidades

La infancia se diluye en una lluvia de clasificaciones.

Stavchansky, L.

I-a Algunas consideraciones diagnósticas

Nos resulta pertinente comenzar este capítulo haciendo referencia a las diversas consideraciones generales de diagnóstico y sus respectivas modalidades que se establecen en diferentes ámbitos, atendiendo particularmente a los diagnósticos de la Psicopedagogía Clínica.

Iniciando con lo que plantea Camacho (2006):

“Etimológicamente la palabra ‘diagnóstico’ viene de una palabra griega, διαγνωστικός (diagnosticós) que significa ‘distintivo’, ‘que permite distinguir’, derivada de διαγιγνώσκω (diagignósco) que significa ‘distinguir’, ‘discernir’, ‘conocer distintamente’, ‘decidir’, ‘resolver’, ‘determinar’ y a su vez esta última palabra deriva de otro verbo γιγνώσκω (gignosco) que significa ‘conocer’, ‘llegar a conocer’, ‘reconocer’, ‘observar’, ‘experimentar’, ‘comprender’, ‘darse cuenta’, ‘saber’ y ‘determinar’ entre otros. Como claramente se puede apreciar, muchas de las significaciones de estas palabras griegas nos marcan el camino de lo que implica hoy establecer un diagnóstico”. (Camacho, 2006: 2)

La Real Academia Española (1992) considera que *diagnosticar* es el acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos. Con relación a ello, Verdugo (1994) afirma que “cuando hablamos de diagnóstico nos referimos a una actividad limitada a la búsqueda de patologías en los individuos como causa explicativa de sus desajustes o dificultades, y por tanto emparentada con un modelo médico explicativo de la conducta” (Verdugo, 1994:184).

Así mismo, los diagnósticos son construcciones que permiten caracterizar determinadas problemáticas humanas, los cuales se realizan a través de la observación, la recolección y el análisis de ciertos datos. Por lo tanto, a los diagnósticos no podemos pensarlos como una realidad en sí, no obstante, son fácilmente

rectificados, cosificados y tomados como verdades absolutas. En efecto, los mismos pierden su funcionalidad original y comienzan a implementarse con otros usos que pueden ser cuestionables dando lugar a la rotulación y etiquetamiento de las personas. Deben ser utilizados correctamente saliendo de la lógica maniquea que propone diagnosticar todo o no diagnosticar nada y por lo tanto pensar en diagnósticos funcionales empleados en determinados momentos que luego se dejan de lado.

Consideramos pertinente señalar que, los diagnósticos son aproximaciones que deben ser revisadas debido a que pueden variar en un mismo sujeto siempre y cuando el profesional se posicione desde un paradigma de la complejidad, concibiendo al paciente como un ser humano complejo. Además, la comunidad científica modifica los sistemas clasificatorios, y por ende los criterios que se utilizan para diagnosticar (Camacho, 2006).

Somos conscientes que, en la medicina los diagnósticos resultan tener una utilidad significativa, indispensable e indiscutible, sin embargo, en el mundo “Psi” se ha discutido muchas veces y actualmente con mayor énfasis se suele interrogar su necesidad o utilidad.

Consecuentemente, en esta misma línea, González (2012) afirma que “Por momentos se llegó a pensar en estos términos. ¿Hay que hacer diagnósticos? Sí o no. Es una falsa opción. El diagnóstico es una dimensión ineludible para dirigir la cura” (González, 2012: 42).

Por lo tanto, realizar un diagnóstico es para González (2012) “situar a un sujeto en un lugar para poder luego sacarlo de allí. ¿Para qué? Para que no quede representado, atrapado por un rótulo, una nosografía a manera de condena o veredicto. Se trata de incluirlo para luego excluirlo” (González, 2012: 56).

En otras palabras, Untoiglich (2013) sostiene que los diagnósticos deberían funcionar como brújulas que orienten a los profesionales, considerando que siempre se construyen en un devenir que va modificándose. Por un lado, el proceso de maduración del crecimiento en sí, y por otro lado el trabajo que el profesional va realizando con el niño, su familia y en algunas ocasiones con la escuela, van cambiando las circunstancias, lo cual podrá posibilitar movimientos que son fundantes en esa subjetividad.

De esta manera, no se puede pensar que con un solo encuentro se logre determinar qué es lo que le ocurre a un niño, por lo cual los diagnósticos se deberían llevar a cabo en un proceso enmarcado por la transferencia con el profesional o institución, así como también considerando la variedad de determinaciones del malestar de ese sujeto.

En relación con esto, desde una perspectiva psicoanalítica, Untoiglich (2013) cita a Bleichmar, quien postula que “se entiende el proceso diagnóstico no solo como una “exploración” del niño, sino como un proceso de simbolizaciones en el cual se abordan los vínculos primordiales con las figuras originarias que participan de ese proceso” (Untoiglich, 2013:123).

En este sentido, resulta relevante discriminar en el motivo de consulta quién está sufriendo, de qué está sufriendo y por qué está sufriendo. En ciertas ocasiones, sucede que los padres llegan a la consulta por causas que no tienen relación con aquello que intranquiliza a los niños y es por lo que es primordial indagar cuáles son las determinaciones histórico-singulares que dan origen al padecimiento.

Es entonces que, durante la entrevista en la cual se plantea el motivo de consulta se pueden establecer hipótesis sobre determinados aspectos esenciales que aportan elementos importantes a la construcción del diagnóstico, de los cuales se pueden mencionar los siguientes: significación del síntoma en la familia; significación del síntoma para la familia; fantasías de enfermedad y curación, y expectativas acerca de su intervención, entre otros.

Uno de los objetivos centrales de las primeras entrevistas gira en torno a la escucha del relato acerca de la historia vital del niño, así como de la “historia” del síntoma o malestar por el cual se consulta, de modo tal que se esbocen allí las primeras hipótesis diagnósticas.

Schlemenson (2001) menciona que “a lo largo de la vida del niño se suceden acontecimientos que por su impacto permiten ubicar situaciones y puntos de anclaje en la historia del niño, que se constituyen como momentos significativos” (Schlemenson 2001:27).

Por otra parte, en el primer encuentro con el niño es importante indagar el nivel de información que tiene acerca del objetivo de trabajo que se va a llevar a cabo en el proceso diagnóstico, aquella información es la brindada por los padres luego del primer

encuentro que ellos tuvieron con el profesional. A partir de ello, es posible obtener datos acerca del tipo de vínculo que los padres mantienen con el niño. Además, provee información acerca de las representaciones que el niño posee acerca de sus dificultades escolares.

En relación con este momento, Paín (2010) plantea que el profesional a través de la sesión de la hora de juego observa la actividad lúdica del niño, la cual proporciona información acerca de los esquemas que organizan e integran el conocimiento en un nivel representativo. Es importante destacar que el análisis de esta actividad provee también información significativa acerca de los aspectos libidinales del niño.

En el proceso diagnóstico, el profesional podrá evaluar la necesidad de aplicar distintas pruebas, ya sean psicométricas, proyectivas y específicas o pedagógicas, dependiendo del caso y las circunstancias del paciente. Por lo tanto, se pueden implementar en un determinado momento pruebas que tal como lo plantea Paín (2010) permiten dilucidar hasta qué punto la disponibilidad de los procesos cognitivos justifican las dificultades del sujeto en la adquisición del aprendizaje.

Algunas pruebas o test pueden convertirse en herramientas de gran utilidad para indagar tanto aspectos cognitivos como psicométricos, si son utilizados con cierto criterio clínico por parte del profesional y no se transforman en recursos fijos que solo tengan como finalidad arrojar resultados que terminan encasillando a las personas.

Al finalizar la implementación de los instrumentos de análisis, es ineludible considerar cada uno de los resultados obtenidos y correlacionarlos entre sí con las diferentes variables. A sí mismo, de acuerdo con lo planteado por Untoiglich (2013):

“Es necesario realizar una entrevista con los padres, con el niño, y cuando la escuela requirió el diagnóstico, también con la institución escolar, en la cual el terapeuta exponga – y se exponga – sus hipótesis diagnósticas y proponga caminos a seguir. Pero este nunca debe presentarse como un saber acabado y cerrado, los padres y el niño tienen mucho para decir acerca de su padecer. Se trata de una praxis que no trata de develar lo ya conocido, sino de construir en ese encuentro un saber nuevo acerca del malestar, que posibilite inventar otros modos de abordarlo”. (Untoiglich, 2013:80-81)

Como se planteó precedentemente, es primordial tener en claro quién, por qué, y para qué se realiza el diagnóstico, así como también saber desde qué marco teórico se

va a efectuar, ya que el profesional no puede ser a-teórico, ni a-político tal como se propone desde el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM-. Todo terapeuta, tiene un posicionamiento que involucra aspectos tales como ciertos saberes teóricos, políticos y éticos desde el cual -con mayor o menor conciencia de ellos- interpreta los fenómenos sobre los cuales interviene.

I-b Modalidades diagnósticas

El Manual Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM- junto con la Clasificación estadística internacional de las enfermedades y problemas de salud -CIE-10-, son considerados como dos grandes sistemas clasificatorios. En la mayoría de los diagnósticos solicitados por obras sociales, mutuales y prepagas presentan como requerimiento específico, aquellos trastornos contenidos en estos manuales y que generan complicaciones al profesional que debe “encajar” al paciente, siendo este un sujeto singular y complejo, en un código que denomina trastornos.

La CIE-10 fue confeccionada en 1992 por la Organización Mundial de la Salud -OMS-, consiste en un sistema de códigos, documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación.

El DSM lanzó su primera clasificación en 1952, el DSM-I elaborado por el Comité de nomenclaturas y la Asociación Americana de Psiquiatría-APA-. Este tiene la intención de proporcionar descripciones claras y precisas de las categorías diagnósticas con la finalidad de que los clínicos e investigadores puedan estudiar, diagnosticar e intercambiar información respecto de las mismas. Dicho manual fue ampliado y revisado hasta la actualidad dando lugar a la última edición -DSMV- en el año 2013 (Camacho, 2006).

Se considera que la variedad de las psicopatologías se pretende resolver mediante la creación del DSM, esencial para el acuerdo de la base de la psiquiatría como una ciencia. Por lo tanto, dicho manual debe ser visto como creíble y válido, o por el contrario la empresa de la psiquiatría médica colapsa. En las versiones actuales de este manual se puede observar un pasaje de las clasificaciones, de la nosología clásica a la nomenclatura, esta simplificación se plasma en la elaboración de los diagnósticos, ya que se evita la discusión sobre la etiología y también sobre las teorías de las enfermedades mentales (Arcos, 2008).

En palabras de Janin (2013), este manual clasificatorio realizado en EE. UU y basado en estadísticas discutibles, es considerado un catálogo de trastornos en el que todos podemos encontrarnos. A su vez, en sus diferentes versiones es concebido como una especie de archivo para patologizar y medicalizar la vida.

En relación con esto, Echeburúa, Salaberría & Cruz-Sáez (2014) aclaran respecto a este manual, la relevancia de que su primera edición contenía 106 trastornos mentales y que la actual presenta 216. Con cada nuevo lanzamiento estos supuestos trastornos aumentan, pero nunca disminuyen, por ello que hay que estar precavido de esta expansión de aparentes diagnósticos clínicos que incorpora el DSM-V. En otras palabras, dicho crecimiento de los trastornos se reduce a nuevas nomenclaturas para aquellos síntomas ya existentes. La mayor modificación respecto de las versiones anteriores reside en el proceso sistemático y explícito mediante el cual se elaboró, basado en la observación empírica que deja de lado la dimensión subjetiva, desvaneciendo la palabra del paciente y la escucha por parte del médico, es así como el DSM presenta una descripción de síntomas fenomenológicamente observables sin indagar su etiología.

A pesar de que el DSM es considerado un referente primordial de la salud mental mundial, con el transcurso de los años y tras constantes revisiones, se ha comenzado a cuestionar su validez, la cual está basada principalmente en el consenso más que en las pruebas científicas. Puntualmente, el DSM-V se basa en el modelo médico categorial de enfermedad que presenta muchas limitaciones en la práctica clínica (Echeburúa et al., 2014).

Respecto a lo anterior, en la expansión de los trastornos que propone el DSM el sujeto múltiple se ve sujetado a su imposibilidad, que a partir de un rótulo se restringe a un solo eje que compone su esencia. Es entonces que, la etiqueta es considerada un ocultamiento de las posibilidades múltiples del ser, el sujeto concebido por el DSM se encuentra cosificado, desubjetivado y fragmentado. Por lo tanto, la sumatoria de trastornos deja a este sujeto fuera de todo sentido y etiología, y de otros comportamientos considerados "normales" (Rojas, 2013:67).

En palabras de Roudinesco (2007), el DSM "calcado sobre el esquema signos-diagnóstico-tratamiento, terminó por eliminar de su clasificación la subjetividad misma". Se realizaron diversas revisiones que dieron como resultado una limpieza "ateórica",

que apuntaba a exponer “que el trastorno del alma y del psiquismo debía ser reducido al equivalente de una avería en un motor” (Roudinesco, 2007:9).

Dicha autora señala que, la era de la individualidad sustituyó a la de la subjetividad, y es así como el hombre de hoy devino lo contrario de un sujeto. En consecuencia:

“Es la inexistencia del sujeto la que determina no sólo las prescripciones psicofarmacológicas actuales, sino también las conductas ligadas al sufrimiento psíquico. Cada paciente es tratado como un ser anónimo perteneciente a una totalidad orgánica. Inmerso en una masa donde cada uno es la imagen de un clon, de cómo se le prescribe la misma gama de medicamentos frente a cualquier síntoma”. (Roudinesco, 2007:16)

En esta misma línea, Morici (2013) plantea que el DSM califica a las expresiones sintomáticas como desviaciones de una media arrojando un porcentaje muy alto de niños comprendidos en estas desviaciones, lo que conlleva a una elevación de las cifras epidémicas de la cantidad de niños diagnosticados con trastornos como TGD, ADD, TDAH, TOD, TEA, etc. Es así como los diversos profesionales de la salud, tales como pediatras, neurólogos y psiquiatras infantiles, a sabiendas de su impacto, han hecho de este método diagnóstico una práctica cotidiana en sus consultas en instituciones, ya sean públicas o privadas.

Resulta relevante mencionar que, la difusión del uso del DSM y su extensión a la infancia coincide con el enorme desarrollo y producción de conocimientos en el campo de las neurociencias en esa misma época, que fue patrocinado por la industria farmacéutica para reforzar el modelo psicopatológico brindando bases científicas que contribuyeron a su naturalización y justificaron el uso de psicofármacos desde edades tempranas (Terzagui, 2013).

En un artículo publicado por la revista Topía, Pundik (2010) afirma que:

“Un estudio publicado en abril de 2006 en Psychotherapy and Psychosomatics reveló la relación entre los laboratorios y el DSM. Lisa Cosgrove, psicóloga de la Universidad de Massachussets y Sheldon Krimsky, profesor en la Universidad Tufts, realizaron un estudio publicado bajo el título de Nexos Financieros entre los Miembros del Panel del DSM-IV y la Industria Farmacéutica. El estudio reveló que más de la mitad de los 170 miembros del panel de responsables del DSM tenían nexos financieros ocultos con los

laboratorios. Y más alarmante aún, que el 100 por ciento de los “expertos” del panel sobre trastornos de la personalidad del DSM tenían vínculos económicos-financieros con la industria farmacéutica”. (Pundik, 2010:26)

La complejidad de constituir el límite entre lo “normal” y lo “anormal” utilizando el DSM se ha hecho cada vez más difícil a lo largo del tiempo y esto se presta a una arbitrariedad diagnóstica peligrosa. La ampliación de los criterios diagnósticos ya no son obra de especialistas, sino de los grupos de poder económico, propietarios de las multinacionales farmacéuticas, que exigen diagnósticos, la prescripción de sus fármacos y ofrecen cursos de capacitación (Pundik, 2010).

En concordancia a esto, Foucault (1999) plantea que:

“La anormalidad es una construcción discursiva que está atravesada por los condicionamientos políticos de una época que determina quién es normal, por ende quién es anormal y que tiene un poder sobre esas vidas que ejerce dictaminando qué es lo que se debe hacer con el diferente”. (Foucault, 1999:216)

En este caso, la lógica del DSM con su supuesta pretensión a-teórica y a-política, no hace más que mostrar un ejercicio bio-político, dictaminando quién es normal y quién no lo es, creando pares antitéticos en los cuales quedamos claramente diferenciados nosotros, “los normales” y los otros. Así, las etiquetas diagnósticas cumplen su función clasificatoria ordenando el caos, lo impredecible y des-implican al adulto de su relación con la problemática (Untoiglich, 2013).

En relación a lo anterior, Vasen (2013) plantea:

“El DSM V invade la infancia en la clínica y las aulas, considera que la inminente edición del manual “va a extender el manto clasificatorio y medicalizante sobre cada vez más cuadros difusamente definidos”, legitimando, por ejemplo, intervenciones farmacológicas en chicos que resulten englobados en nuevos “espectros”.²

Algunos profesionales recurren a manuales de este tipo, dando lugar a *diagnósticos de corte descriptivo*, que aluden a la mera exposición de características que son concebidas como deficitarias en el sujeto y teniendo como objetivo identificarlas

² Extraído del blog de Matías Loewy. Disponible en <https://soydondepienso.wordpress.com/2013/04/12/dsm-v-psiQUIATRIA-VS-PSICOANALISIS-ESTAMOS-TODOS-LOCOS/>

y enumerarlas en un listado que daría cuenta de alguno de los síndromes que son descriptos en manuales elaborados para cumplir dicho fin.

Dichos diagnósticos responden a la lógica de la inmediatez, ya que se solicitan respuestas y soluciones inmediatas, que se sostienen en categorías establecidas con anterioridad basadas en conductas y hechos observables. Esto facilitaría la precipitación con la que se realizan, pretendiendo así la efectividad. No obstante, Vasen (2011) plantea:

... “lo que se gana en tiempo -que nunca es suficiente- se pierde en complejidad. Entonces la claridad enceguece y el sujeto deviene así en lugar de un mero trastorno. Se “es” un cuadro, un trastorno; pues ya ni siquiera se lo padece. El padecimiento se borra, rápido, muy rápido en favor de un nombre que queda inscripto. Y la inmediatez de lo que alivia difumina la permanencia de lo que, encasillando, se inscribe en su nombre (...) tiende a convertir lo histórico y situacional en algo que simplemente es” (Vasen, 2011:155)

Desde esta lógica, se justifica la gran implementación de diagnósticos rápidos que se construyen mediante protocolos y cuestionarios preestablecidos en donde no se permite el despliegue de la argumentación, sino que, por el contrario, se pretenden respuestas tales como “siempre”, “nunca”, “a veces” ante cuestionamientos como, por ejemplo: “¿Al hablar juega, más de lo habitual, con el tiempo? ¿Le cuesta seguir una serie de instrucciones?”.

Como hemos planteado anteriormente, estos cuestionarios suelen ser completados por padres y docentes, sin acudir al profesional, quien desde su saber debería generar un espacio de observación y reflexión durante el proceso diagnóstico. Los resultados que arrojan estos cuestionarios son el reflejo de las representaciones de los adultos del entorno más cercano del niño.

La modalidad de corte descriptivo le permite al profesional abaratar costos, escatimar tiempo, evitar angustias y esto debido a que no es considerada la subjetividad del niño, así como tampoco la multiplicidad de factores sociales, históricos, culturales, que incurren en el sufrimiento infantil. Esto genera como consecuencia, un etiquetamiento que se basa en rótulos que dan lugar a la clasificación que simplifica el entramado de los avatares en la vida de los niños. Dichos rótulos son expuestos en categorías en las cuáles se pretende que el sujeto “encaje”.

Como afirman Consetti y Lucero (2015) en su investigación:

...“el diagnóstico descriptivo se puede considerar como una instancia acabada que es llevada a cabo por un “especialista” y que, tal como lo plantea Novaes, M. (1973), constituye un “conjunto de técnicas y medios (aplicación de test, pruebas de evaluación) que buscan localizar las causas de los síntomas físicos y mentales a fin de prescribir los respectivos tratamientos (...) antes de recetar y tratar, diagnosticar”. (Consetti y Lucero, 2015:56-57)

De acuerdo con la idea de Untoiglich (2013), sobre la necesidad de elaborar un diagnóstico que no se encuentre por delante del niño, plantea que debe favorecer la construcción de estrategias, ya que no puede estructurarse sólo por conductas observables sin tener en cuenta los factores originadores de las manifestaciones conductuales.

La descripción -momento descriptivo- en realidad es un primer momento o primer acercamiento de la problemática o malestar por el cual se consulta - ¿qué le pasa? - que debiera estar seguido por la pregunta acerca de por qué le pasa eso que le pasa. La búsqueda de la explicación en los determinantes no sólo biológicos sino históricos, libidinales, socioculturales determinan la complejidad de la construcción de un diagnóstico con potencia subjetivante, en detrimento de los efectos de desubjetivación que se producen a partir de una lectura e intervención reduccionistas de los padecimientos de los sujetos.

Janin (2013) considera fundamental que la teoría de la complejidad se haga presente al momento de diagnosticar. Lo afirmado por Morin, (1999) en *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*, convendría tenerlo en cuenta al pensar a los niños y sus transformaciones y aquellos aspectos antagónicos que se presentan en la constitución subjetiva.

“El ser humano es un ser racional e irracional, capaz de medida y desmesura, sujeto de un afecto intenso e inestable, él sonrío, ríe, llora, pero sabe también conocer objetivamente, es un ser serio y calculador, pero también ansioso, angustiado, gozador, ebrio, extático, es un ser de violencia y de ternura, de amor y de odio. Por esta razón, la locura es un problema central del hombre y no solamente su desecho o su enfermedad”.
(Morin, 1999:70)

Continuando con la idea de Morin (2002), el pensamiento complejo es estrategia ya que permite, a partir de una decisión inicial, imaginar un cierto número de escenarios para la acción que podrán ser modificados teniendo en cuenta la información que se recibe en el curso de la acción, la cual supone complejidad. En otras palabras, presume iniciativa, decisión y conciencia de transformación.

Actualmente, presenciamos una pluralidad de “diagnósticos” que no son contruidos desde la teoría de la complejidad, sino que simplifican las determinaciones de los trastornos infantiles y acarrear un reduccionismo de las problemáticas y su tratamiento. Es decir, que se reduce a un biologismo que no considera la complejidad de los procesos subjetivos del ser humano. A sí mismo, Morin (1994) afirma que “la patología moderna del espíritu está en la hiper-simplificación que ciega la complejidad de lo real” (Morin, 1994:75).

Muchas personas optan por sustancias químicas en vez de dialogar acerca sus sufrimientos íntimos, es así que:

“El poder de los medicamentos del espíritu es así el síntoma de una modernidad que tiende a abolir en el hombre no solo su deseo de libertad, sino también la idea misma de enfrentar la adversidad. El silencio es entonces preferible al lenguaje, fuente de angustia y de vergüenza”. (Roudinesco, 2007:28).

Concebimos el momento del diagnóstico como esencial en el proceso de intervención, debido a que “diagnosticar no es un proceso neutro, que no tenga consecuencias sobre el diagnosticado. Suele ser el momento más terapéutico o lamentablemente puede transformarse en iatrogénico”. (Fernández, 2013:61)

Retomando la Teoría de la Complejidad, y en contraposición a la modalidad diagnóstica descriptiva, se sostienen los denominados *diagnósticos explicativos* que consideran al sujeto en todos sus aspectos, su contexto, sus redes vinculares e historia libidinal.

Es por esto que, para elaborar los diagnósticos desde esta modalidad es necesario abordarlo desde la interdisciplina, es decir, aquel trabajo concebido como una práctica esencial en la labor cotidiana, debido a que ante la emergencia de dudas surge la necesidad de buscar con quienes compartirlas. Kremenchuzky (2013) afirma que cada profesional con su especificidad brinda una idea del cómo, cuándo y a quién

consultar, delimitando los bordes y puntos de contacto, la importancia de la comunicación dialéctica que resulta ser la base de la interconsulta.

Las disciplinas independientemente, no lo saben ni lo pueden todo, lo que genera la necesidad del trabajo inter o transdisciplinario, el desarrollo de esta competencia es inversamente proporcional a la omnipotencia del profesional.

“Trabajar en equipo no es compartir un tiempo y un lugar físico. Es interactuar en un espacio de pensamientos y acción, donde cada quien pueda escuchar y escucharse, pensar y pensarse. Retomar lo que hasta ayer era una verdad inamovible y ponerlo en duda, desconfiando de los saberes cerrados y como decía PieraAulagnier “Poder entrar en conflicto con el pensamiento del otro sin temer la muerte del propio pensamiento”. (González,2012:105)

En consecuencia, el trabajo en equipo pretende evitar la atomización y segmentación de la persona en cuestión, que al transitar por diferentes profesionales y ser considerado desde distintas miradas, escuchas e intervenciones, puede disiparse su posición como sujeto.

En este sentido, el diagnóstico se constituirá desde un proceso que implique la dialéctica y la complejidad inherentes a la búsqueda de los determinantes del malestar subjetivo. Esto es especialmente importante en tiempos de infancia y adolescencia, por ser tiempos de estructuración debido a que “un niño es una persona que se encuentra en proceso de constitución de su subjetividad, entramado con los Otros y atravesado por la época histórica que le toca vivir” (Untoiglich, 2013:61-62).

Es así que, se debe asumir con responsabilidad y compromiso la elaboración de los diagnósticos ya que éstos no sólo direccionarán las intervenciones futuras, sino que también afectará a padres y docentes involucrados, en tanto propiciarán nuevas significaciones y representaciones acerca del sujeto y su malestar.

Como sabemos en nuestra sociedad y actualmente, se impone con fuerza la lógica del mercado inclusive en la elaboración de los diagnósticos, lo que implica un reto para los profesionales que lo abordan desde la complejidad. Por tal motivo, deberían propiciar el diálogo entre los diferentes actores implicados recalcando que, como menciona Vasen (2008), los buenos diagnósticos intentan aliviar sufrimientos y este proceso no sucede de un momento a otro, sino que requiere de tiempo y esfuerzo de todas las partes.

Consetti y Lucero (2015) remiten a lo que “expresa Taborda (2012), el diagnóstico nunca resulta neutro, sino que puede tornarse un momento terapéutico o bien iatrogénico³. Es decir que puede contribuir al mejoramiento de la situación problemática o profundizarla” (Consetti y Lucero, 2015:73).

Ciertas construcciones diagnósticas son indudablemente un proceso de “etiquetamiento”, en donde se posiciona al niño en un lugar que determina su futuro, impidiendo transformar su historia. Consetti y Lucero (2015) refieren a lo que suele ocurrir en los diagnósticos construidos particularmente en base a descripciones de conductas, es decir aquellos basados en clasificaciones que centran el problema en el sujeto, según un listado de comportamientos utilizado para definir la existencia o no de una supuesta patología.

³ La iatrogenia es un término que surge desde el ámbito de la medicina y que en griego refiere a “iatros” que significa médico y “genéa” que quiere decir origen. Actualmente es utilizado también en el campo de la Salud Mental ya que hace referencia a una consecuencia involuntaria del profesional en la salud del paciente resultante de su intervención. Según el portal virtual URL: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-04692005000100002&script=sci_arttext

Referencias bibliográficas

- **Camacho, J.** 2006. "Los diagnósticos y el DSM IV". Pág. 1-2; 5. Disponible en www.fundaciónforo.com/pdfs/archivo15.pdf. Consultado (25/03/2017)
- **Consetti, A & Lucero, M.** 2015. *Derivación escolar y construcción diagnóstica en psicopedagogía*. Tesis de grado. UNRC, Río Cuarto.
- **Foucault, Michael** (1999). *Estrategias de Poder*. Paidós Ibérica.
- **González, L.** (2012). *Aprender. Psicopedagogía antes y después del síntoma*. Córdoba. Ediciones del Boulevard.
- **Janin, B.** (2013). Intervenciones subjetivantes frente al sufrimiento psíquico. En La patologización de la infancia II. (Comp.). *Problemas e intervenciones en la clínica*. (Pág. 15-34). Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Morin, E.** (1999). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Disponible en:
http://www.sute.com.ar/aula_virtual/pluginfile.php/37/mod_folder/content/0/UNIDAD%204/Morin%2C%20E.%20%281999%29.%20Los%20siete%20saberes%20necesarios%20para%20la%20educaci%C3%B3n%20del%20futuro.%20Unesco.pdf?forcedownload=1.
- **Morin, E.** (2002). Introducción al pensamiento complejo. Extraído de: <https://es.slideshare.net/21733010/la-teora-de-la-complejidad>.
- **Pundik, J** (2010). El DSM: la Biblia del totalitarismo. *Topía*, 59, 25. Disponible en www.topia.com.ar/revista/crisis-familia-patriarcal Consultado (02/05/2017)
- **Rojas, C.** (2013). El mercado de la felicidad: cuestionando el DSM-V. Tigres de papel. En La patologización de la infancia II. (Comp.). *Problemas e intervenciones en la clínica*. (Pág. 45-55). Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Roudinesco, E.** (2007). *¿Por qué el psicoanálisis?* Buenos Aires: Editorial Paidós.
- **Schlemenson, S.** (Comp) (2001). *Niños que no aprenden*. Actualizaciones en el diagnóstico psicopedagógico. Buenos Aires; Barcelona; México. Editorial Paidós.
- **Untoiglich, G.** (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz*. Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Vasen, J.** (2011) en *"Paradojas que habitan en las instituciones educativas en tiempo de fluidez"*. Taborda, A., Leoz, G., Dueñas, G. (Comp.) 2012. Nueva Editorial Universitaria. Universidad Nacional de San Luis. San Luis. Argentina.
- **Vasen, J.** (2013) En el blog de Matías Loewy. Disponible en: <https://soydondenopienso.wordpress.com/2013/04/12/dsm-v-psiquiatria-vs-psicoanalisis-estamos-todos-locos/>

RITALINI

Capítulo 11

De la patologización a la medicalización de la infancia



Capítulo II

De la patologización a la medicalización de la infancia

*La ciencia moderna aún no ha producido
un medicamento tranquilizador tan eficaz
como lo son unas pocas palabras bondadosas.*

Freud, S.

II- a ¿Nuevas patologías? El proceso de la patologización

En el capítulo anterior hicimos referencia a algunas consideraciones acerca del diagnóstico y sus modalidades, por una parte, el diagnóstico descriptivo en relación con los sistemas clasificatorios, y por otra parte el diagnóstico explicativo desde la teoría de la complejidad. Las prácticas desde el corte descriptivo promueven el desarrollo de los fenómenos actuales de patologización y medicalización, que abordaremos a continuación.

En los tiempos que corren, los niños son clasificados desde una observación detallada de ciertos comportamientos y rendimientos que se consideran perturbados. Esta clasificación se desarrolla bajo una supuesta técnica "ideal" y neutral y como consecuencia, se les adjudican nombres a aquellas perturbaciones generando nominaciones que resultan ser ratificadas por diversos criterios diagnósticos que promulga el DSM.

Este tipo de sistemas clasificatorios procuran recolectar hechos o evidencias, implantando así nombres que no se construyeron desde una interpretación teórica y que logran simplificar la complejidad misma del ser humano.

En otras palabras, Vasen (2013) explica que "cada nombre nuevo no se incorpora a un territorio virgen, sino que desplaza a muchos otros con los que entra en conflicto porque se juegan concepciones diferentes de lo humano y sus determinaciones" (Vasen, 2013:45).

Se puede afirmar que dicha cuestión se debe al hecho de trasladar al campo de la medicina aquellos problemas de la vida cotidiana considerados colectivos, de orden social y que son finalmente transformados en déficits individuales que surgen de una supuesta base biológica.

Es así como, los avatares cotidianos e inherentes a lo humano se transforman en patologías, dando lugar al proceso de patologización, el cual implica un conjunto de operaciones políticas, programas, estrategias y dispositivos; además de intervenciones particulares, generando un lugar para el sujeto, una posición de enfermo o anormal.

Así mismo Korinfield (2013) considera que:

"La patologización-psicopatologización es una operación, la hemos llamado así en función de lograr cierta objetivación y no reducirla a una acción meramente individual. Una operación que se verifica en las prácticas que tienen por objeto a distintos grupos sociales, y que se presentan en diferentes dimensiones"
(Korinfield, 2013:207)

Como se mencionó en un primer momento, en este escrito, la problemática llamada patologización, refiere a la lectura que se hace de aquellas conductas de personas que se salen de los presuntos estándares y esquemas estipulados por la sociedad, las cuáles se consideran como problema y enfermedad, teniendo como solución la medicación.

En este sentido Faraone (2008), implementó la denominación "patología-enfermedad" en el campo de lo mental, comprendido como campo de construcción del problema, como también las demandas en los servicios de atención y que fueron redefinidas en el mundo profesional científico. Sin embargo, actualmente estos conceptos fueron redimensionados a través de la imposición de directrices por las industrias farmacéuticas, visualizándose así una tendencia a consolidar a este sector como actor fundamental en las decisiones sanitarias.

Cuando se problematiza entorno a las patologías, cabe preguntarse qué es patológico y qué es normal, debido a que esto varía de acuerdo con los mandatos de cada sociedad. Por su parte Canguilhem (2005) refiere que lo normal y lo patológico plantea una línea divisoria entre lo esperable, dentro de los parámetros exigidos por la sociedad y lo que no entra, no encaja, en dichos parámetros.

"El propio término "normal" pasó a la lengua popular y se naturalizó en ella a partir de los vocabularios específicos de dos instituciones, la institución pedagógica y la institución sanitaria (...) "Normal" es el término mediante el cual el siglo XIX va a designar el prototipo escolar y el estado de salud orgánica"
(Canguilhem, 2005:191)

Por otra parte, Foucault (1999) postula que la anormalidad se configura como una construcción discursiva atravesada por los condicionamientos sociales de cada época.

La normalidad se constituye como una "garantía de racionalidad", que repercute tanto en el campo de la salud como de la educación, tal como lo plantea Terzagui (2013). En consecuencia, del lugar otorgado a lo normal se sitúa el resto, lo anormal, lo patológico, lo que es estimado como carencia, desorden, trastorno o pérdida. Esto genera una delimitación, lo que supone una relación de exclusión que construye un principio de cura y educación como proceso de "normalización".

No obstante, se clasifica, etiqueta, rotula, conduciendo a una "patologización de la normalidad" y transformando lo cotidiano en patológico, lo cual arroja como resultado un doble proceso de exclusión, operación que subyace de la delimitación entre lo anormal y normal.

Es así como la patologización se convierte en un "fenómeno que clausura en categorías diagnósticas toda posibilidad de constitución subjetiva", a su vez encubre bajo un *rótulo* o *etiqueta diagnóstica*, los problemas reales y sufrimientos del sujeto.

En relación con esto, el Forum Infancias de Bahía Blanca este año publicó una fundamentación de su campaña⁴ ante la masiva patologización y medicalización de la infancia, en la cual explica de manera clara que:

"Hablamos de patologización cuando los problemas cotidianos de los chicos y jóvenes de hoy son demasiado fácilmente considerados como producto de una patología psiquiátrica y los niños pasan a ser "trastornos" y portadores de un "déficit". Suelen ser problemas y dificultades incómodas para los adultos (padres y maestros) que velan por ellos y que se sienten impotentes frente a estas manifestaciones del sufrimiento infantil".

Como consecuencia de ello, muchas veces se llega a ubicar lo que acontece dentro de una especie de casillero fijo definiéndose, así como permanentes y determinadas por lo biológico, aquellas dificultades del niño que suelen ser transitorias si se los acompaña y escucha.

⁴Disponible en: <http://foruminfanciasbahia.com/red-forum-infancias/fundamentacion-de-la-campana-internacional-por-el-derecho-a-infancias-y-adolescencias-libres-de-etiquetas>

A su vez, en el año 2011 el Forum Infancias lanzó un manifiesto⁵ en el cual afirma que el sufrimiento infantil suele ser denegado por los adultos y frecuentemente se ubica la patología allí donde hay funcionamientos que angustian o a veces molestan, dejando a un lado lo que el niño siente.

El fenómeno de patologización en el campo de la salud mental se instala, como menciona Untoiglich (2012), para establecer primero una causa unívoca, biológica e individual de lo que se denomina trastorno; luego para clasificar ciertas conductas según un parámetro establecido de normalidad que califica de anormal todo lo que no se ajuste a ella; también se produce un rótulo para cada categoría establecida, el cual intenta ser la explicación de todo lo que le ocurre al sujeto; y por último, esta etiqueta marcará toda la vida del sujeto, con huellas significativas en la constitución de su subjetividad, pensando siempre que se trata de niños en proceso de formación.

El etiquetamiento, que se promulga como definición de la identidad de un niño desde una presunta deficiencia, es un proceso que conlleva a construir una imagen del niño a raíz de un suceso aislado, o de la mirada y el decir de otros y que se utiliza para determinar al mismo con un rótulo que contiene a toda su persona. El hecho de clasificar a los sujetos desde sus diferencias no logra otra cosa que disgregarlas y marginarlas.

Por lo tanto, Dueñas (2009) expresa que:

“El rótulo, generalmente, está asociado con comportamientos negativos, y en ese sentido, constituye un estigma que se traduce en una discriminación arbitraria, una descalificación para el alumno, con el consiguiente perjuicio o debilitamiento de su autoimagen. La utilización de este mecanismo tiene como consecuencia que el niño constituya una imagen de sí mismo acorde con el rótulo y empiece a actuar de acuerdo con la etiqueta impuesta”. (Dueñas, 2009:31)

De igual modo, Fusca (2017) declara que la etiqueta tiende a simplificar y tornar homogéneos aquellos procesos singulares, tanto libidinales como cognitivos. Es así, como las dificultades son interpretadas como déficits; incluyéndolas bajo un determinado rótulo, que luego se transforma en una explicación de esa dificultad. Es entonces cuando se cierra la posibilidad de investigar y comprender de qué tipo de

⁵Disponible en: <http://malestaresenlainfancia.com/infancia/index.php/biopoliticas-e-infancias/25-manifiesto-del-forum-infancias-buenos-aires>

dificultad se trata y cuáles son los elementos determinantes de la misma, lo cual resulta indispensable.

Por lo tanto, es cierto que se sigue recurriendo a la medicalización y patologización de las infancias como dice Naddeo (2013), ya que los adultos tienen una mirada sobre los niños que, en vez de explorar sus necesidades y propuestas, los analizan sin reconocerlos como sujetos en constante cambio, que están en contradicción con su entorno y también sobre-estimulados por la mediatización. Por lo que, aquellas conductas activas de los chicos son etiquetadas como síndromes de padecimientos mentales. Como consecuencia de ello, hay un aumento del reclamo de la institución escolar y redes de salud por tratamientos medicalizados.

A modo de cierre de este apartado, podemos decir que patologizar se transforma en una operación que da origen a la exclusión de ciertas dimensiones propias de las problemáticas de los sujetos, representa un vínculo "médico-enfermo" que conlleva la exclusión de la posición subjetiva de los actores involucrados. "...habitualmente condensa interpretaciones morales y objetivos político/institucionales encubiertos en discursos legitimados y sostenidos en las -mejores intenciones-". (Untoiglich, 2013:87)

- *El discurso de las neurociencias*

Continuando con la idea que se planteó al comienzo de este capítulo, consideramos relevante explicar que los procesos medicalizantes actuales no son ingenuos. Es decir, en cierto modo se encuentran al servicio del mercado -cuestión que será desarrollada en los próximos apartados-, y utilizan como fundamento el discurso de las neurociencias presentado desde una ideología acrítica y reduccionista.

El discurso de las neurociencias organiza y vende una nosografía, plantea Vasen (2013), pero la fundamentación bio-genética no es suficiente al momento de explicar "por qué el estado de cosas está como está: una pandemia de chicos hiperactivos, disatencionales, bipolares opositores desafiantes o autistas" (Vasen, 2013:34). Es por esto que, los tratamientos farmacológicos varían tanto de acuerdo a los resultados que se obtienen, efectos secundarios, reincidencia y agravamiento sintomático.

A su vez Kiel (2017), advierte que la neurociencia cognitiva se imprime en un proyecto de un mundo que se basa en leyes del campo de la biología, reduciéndose así a la naturaleza, planteado con criterios del orden de lo funcional, de lo pragmático y utilitario. Es decir, que se considera como discurso ideológico totalitario con una fundamentación pretendidamente científica.

Este discurso, apolítico, convierte intereses económicos y empresariales en conocimientos neutros instituidos como verdades. Los representantes de esta corriente que sitúa a las neurociencias como el paradigma biopolítico funcional al neoliberalismo; un precursor comunicacional sostenido por los medios corporativos y las empresas farmacológicas.

Merlin (2017) plantea que ya no es sorprendente que las neurociencias se expongan como lo más actual en materia científica, en realidad no se trata más que de un reduccionismo pre-freudiano, que constataba lo psíquico a lo biológico y por lo tanto afirmaba que los procesos mentales eran cerebrales.

De este modo, las neurociencias pretenden avanzar hacia la medicalización a partir de situaciones comunes de la vida, ya sea un duelo, una ruptura de pareja, un conflicto, buscan que se conciban como anomalías sintomáticas y su respuesta sea la medicalización.

Tal como hicimos referencia en un primer momento, el proyecto de las neurociencias no es inocente, debido a que apunta a la medicalización de la sociedad, de esta manera procuran aumentar el mercado de consumo de medicamentos en consonancia con las corporaciones de los laboratorios, adaptando a las personas a la moral y la norma del mercado capitalista. En este sentido, Merlin (2017) plantea que:

“Las neurociencias implican el triunfo de la medicalización, del paradigma positivista y de la investigación técnica desligada de los efectos políticos y subjetivos de vivir con otros y otras. Supone el negocio de los laboratorios y el triunfo de la colonización neoliberal que produce psicología de masas, donde el sujeto se reduce a ser un objeto de experimentación manipulado, cuantificado y disciplinado”. (Merlin, 2017:32)

En relación con esto, la especialista en el campo de la educación e investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas -Conicet-, Kaplan (2016) afirmó en Página 12, que es alarmante pensar que el denominado fracaso escolar se encuentra en el cerebro y que la problemática no yace en las neurociencias en sí, sino

en la intención de imponerlas como una explicación del éxito o la deserción en las instituciones escolares. En esta misma línea Gvirtz (2016), como ex ministra de educación, expresó que esta disciplina no puede implementarse para la interpretación del entorno socioeconómico y tampoco de un grupo de niños en un aula, cada uno con diferentes realidades, en otros términos, no podría decir de qué manera pensar el aula.

Por su parte, el doctor en biología Golombek (2016) declaró que, si se tiende a reducir la mirada al orden de lo meramente biológico se pierde de vista múltiples cuestiones de los sujetos, es así como se olvida de que se está frente a cuerpos que responden a estímulos. Por este motivo, es indispensable tener en cuenta siempre que cada niño es singular, que está inmerso en un contexto inseparable de su condición frente al aprendizaje. Simultáneamente se llega al punto de inocentizar tanto al sistema educativo, social, económico como también a las familias, docentes y los mismos alumnos. Desde la mirada de las neurociencias Volnovich (2016) señala que si el niño no aprende es porque está "fallado de fábrica" y por lo tanto nadie es responsable de ello.

II-b Expansión terapéutica. El proceso de la medicalización.

Cada vez que se realiza un diagnóstico, se produce un etiquetamiento y seguido a esto, sin dudas, se recurre a un tratamiento. La terapia que se ofrece puede tener tanto beneficios como efectos adversos, es así que en muchas ocasiones se opta por la vía más rápida y tal vez más eficiente, que resulta ser la medicación.

Es oportuno resaltar que existen personas con diversos déficits, ya sean estos motores, intelectuales o sensoriales, que son reales y necesitan de la prescripción terapéutica, esto no es lo que se pone en discusión.

Resulta ser que la modalidad en la que fueron tratadas las conductas, en la historia, es central para comprender porque la medicalización es sencillamente aceptada y divulgada. Así mismo, el diccionario de salud pública de Kishore infiere la medicalización como "la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas". (Márquez y Meneu, 2003:45)

Como ya mencionamos en alguna oportunidad, se visualiza cada vez más el traslado de cuestiones propias de la vida, inherentes al ser humano, al terreno de la medicina. Asuntos colectivos, políticos y sociales son afrontados como individuales y su causa radica en determinaciones del orden biológico. Cuando los problemas de esta índole son declarados como trastornos y abordados desde el campo médico, nos enfrentamos a lo que se denomina proceso de medicalización de la vida (Collares y Affonso Moysés, 1996). Vivimos en una sociedad sellada por un aumento creciente de medicalización en todos los ámbitos de la vida, esto nos permite afirmar que vivimos en la llamada "Era de los Trastornos".

Es así que, la medicalización según Bianchi (2013) tiende a ser un concepto fundamental para comprender aquellas formas en las que el cuerpo del niño se transforma en objeto de saber, en indicador de poder y también en campo de innumerables intervenciones. Por lo tanto, la infancia se consolidó como depositaria de las estrategias de normalización de los diversos dispositivos como son la escuela y la familia, desde hace ya dos siglos, en el preciso momento en que se la ubicó en el primer lugar de las campañas de gestión de las poblaciones, formando parte del proceso de medicalización de la sociedad.

Con el fin de explicar el proceso de medicalización de la sociedad, es primordial tener en cuenta los antecedentes de dicho fenómeno. Es así como, se origina como perspectiva crítica de análisis a fines de la década del 60 y comienzos de los 70 en las disciplinas de la sociología y filosofía de la salud. A su vez, el término fue presentado por Zola (1960), en relación con el gran crecimiento de la profesión médica a nuevos campos, principalmente a ciertos problemas espirituales, morales, legales o criminales.

Simultáneamente, la expresión "medicalización" fue implementada por Illich (1974) en su libro "Némesis de la medicina" en donde intenta explicar que la expansión del poder médico agotaba las posibilidades de que la gente lidiase con el sufrimiento y pérdidas de la vida misma, cambiando los dolores en enfermedades. Este autor declaró además que el sistema médico tiene la finalidad de medicalizar la vida, imponiendo su autoridad hacia aquellas personas que no se encontrarían aún enfermas y esto conllevaría a una intervención iatrogénica que rompe con el cuidado habitual de la salud.⁶

⁶ En Carta: La Medicalización de la vida y las infancias. Redactada en forma conjunta por los equipos forumadd (Argentina) y el Fórum sobre Medicalizacao da Educacao e da Sociedade (Brasil) (Pág. 35-41)

Al mismo tiempo, Foucault (1996) menciona también la iatrogenia, pero la divide en positiva y negativa, es decir, así como la medicina puede curar, a veces produce daños. Con respecto a la medicalización, Stolkiner (2013) plantea que:

“El fenómeno de la medicalización es un analizador privilegiado de la articulación entre lo económico, lo institucional y la vida cotidiana en los procesos de producción de subjetividad, e igualmente en los procesos vitales de salud/enfermedad/cuidado”. (Stolkiner, 2013:1)

Por este motivo, la medicalización fue y sigue cumpliendo el papel de control y sometimiento de las personas, evitando todo tipo de cuestionamientos e interrogantes; y aún algo más cruel que es el ocultamiento de violencias tanto físicas como psicológicas. Esto conlleva a transformar al sujeto en mero "portador de trastornos de comportamiento y de aprendizaje".

El Fórum Infancias en su campaña (2017) argumenta que la medicalización tiene el fin de ubicar como causa biológica a los correlatos físicos y/o comportamentales que son afines pero que no se encuentran pruebas verdaderas de las causas, lo que deriva en una estrategia que prevalece en el consumo de medicación como abordaje primordial. Se entiende así que, en cuestiones relativas a la salud mental, la medicación no tendría que ser el primer recurso ni el único. Por lo tanto, las intervenciones de los profesionales deben ser construcciones realizadas teniendo en cuenta cada situación, respetando la singularidad de los niños y la particularidad de sus familias.

Resulta apropiado tener en cuenta la definición de medicalización que ofrece Menéndez (1987,2004) quien refiere que:

“Las prácticas, ideologías y saberes manejados no solo por los médicos sino también por los conjuntos que actúan dichas prácticas, las cuales refieren a una extensión cada vez más acentuada de sus funciones curativas y preventivas, ligadas a funciones de control y normatización”. (Menéndez, 1987,2004:2-3)

En palabras de Faraone (2010) la medicalización es un fenómeno que se viene estudiando hace tiempo desde diversas disciplinas como la medicina, antropología, sociología, entre otras.

La medicalización refiere al proceso progresivo mediante el cual el saber y la práctica médica incorporan, absorben y colonizan esferas, áreas y problemas de la vida

social y colectiva que anteriormente estaban reguladas por otras instituciones, actividades o autoridades, como la familia, la religión, etc. (Foucault, 2001, 2000,1996; Conrad, 1982; Illich,1975).

Así mismo, Foucault (1996) aborda la medicalización partiendo de la presunción de que ningún problema es propiamente médico o no. Cada cultura lo define de acuerdo a una forma peculiar y dependiendo del lugar que le otorguen a los sufrimientos, anomalía o perturbaciones que susciten una intervención o práctica precisamente adaptada.

Por lo tanto, la medicalización remite a un proceso que se extendió socialmente, donde los médicos se ocupan de problemas que incumben al bienestar del ser humano, tales como: infelicidad, deterioro biológico, sexualidad, envejecimiento, soledad, entre otros. De este modo, problemas de la vida son tratados como enfermedades, síndromes o padecimientos. Esto se traslada a la esfera de la infancia, donde conductas "anormales" son catalogadas, patologizadas y medicalizadas para lograr un "control" y supuesto bienestar.

Para Szasz (2007) "la medicalización no es medicina ni ciencia; es una estrategia semántica y social que beneficia a pocas personas y daña a muchas otras" (Affonso Moysés et al, 2013:29)

Por otra parte, Márquez y Meneu (2003) afirman que la medicalización puede asumir tres modos considerables. En primer lugar, reconceptualizar las apreciaciones de los profesionales sobre procesos que caracterizan como enfermedades, admitidas médicamente, susceptibles de intervención. En segundo lugar, exigencia a la eficacia de la medicina clínica, que desatiende la estabilización entre los beneficios o contingencias. Y, por último, la marginación de procedimientos alternos para controvertir las dolencias, incorporando tanto tratamientos de eficacia comprobada, como modos "desprofesionalizados".

Los protagonistas del proceso de medicalización son múltiples y complejos, a simple vista podemos comenzar mirando a los proveedores de salud, ya sean profesionales o empresas farmacéuticas, como así también a los medios de comunicación, que en los tiempos que corren desempeñan un papel esencial. Los médicos son los primeros actores de este proceso, ya que son ellos quienes le dan vida a aquellos problemas sociales, además estos profesionales como investigadores o

prescriptores en ocasiones se encuentran en estrecha vinculación con la industria, incluso la creación de nuevas enfermedades provienen de grupos investigadores subsidiados. Posiblemente sean los pacientes, también los protagonistas de este proceso, quienes actúan desde terapéuticas conservadoras como la medicina preventiva con fármacos, ya que una medicina participativa requiere un cambio cultural, que implica que los médicos pierdan poder, estatus y control.

Esto se debe al empobrecimiento en el ámbito de la salud que provocó en los sistemas un desplazamiento de la inteligencia médica, la cual ha sido reemplazada por la sobreutilización de tecnología y de fármacos. Por consecuencia de esta situación, se produjo una dificultad para ver al sujeto como producto de una compleja trama de relaciones que engloban tanto los cuidados corporales y la construcción del lenguaje, como también el entramado con la historia de antepasados familiares y la singular reacción de cada ser ante estos estímulos o a su ausencia. (Kremenchuzky, 2013)

De este modo, según Bernztein (2013) "la medicación deja de ser un acto terapéutico cuando obtura la palabra y el juego e impide simbolizar al sujeto" (Bernztein, 2013:78).

Por su parte Conrad (2010) llevó a cabo un análisis de las consecuencias de los procesos de medicalización:

- Propagación de las áreas de competencia de la medicina misma, impulsada por la industria de la farmacéutica que se caracteriza por ser poderosa y beneficiosa para algunos;
- La implementación de las nuevas tecnologías para el tratamiento de las conductas que resultan ser "anormales". Empleo de mecanismo con efectos, que particularmente para los niños se manifiesta irreversible e iatrogénico;
- Se altera la realidad y además se favorece el control sobre la salud de las personas. (Faraone y cols., 2010)

Según la carta redactada por los equipos del Forum Infancias -ex forumadd- y el Forum de Brasil, la medicalización llegó a naturalizar los procesos y relaciones que se construyeron a nivel social y que a su vez deconstruyeron los derechos humanos y aquellas conquistas pasadas de hombres y mujeres que se introdujeron en el mundo.

Es válido aclarar que, de ninguna manera estamos cuestionando la medicina y sus avances que posibilita la detección temprana con tratamientos exitosos. Lo que si se pone en cuestión con el concepto de "medicalización" es una tendencia que, apoyada por el biologismo e innatismo, avanza en pos de homogeneizar no solo a la sociedad en general, sino que, con mayor énfasis a la niñez y adolescencia, reduciendo notablemente su complejidad como tal.

Parece ser que, la única solución son tratamientos en base de medicamentos - drogas psicoactivas- acompañados por procedimientos que pretenden normalizar al sujeto en cuestión, produciendo efectos estigmatizantes que corrompen con fuerza en pleno proceso de construcción subjetiva de los infantes.

Para cerrar es primordial considerar la medicalización en la deconstrucción de los derechos:

“Al ocultar los problemas que refieren las personas y al atribuir sus modos de accionar, aprender, sentir, afectar y ser afectados, de vivir, de sufrir conflictos e imposiciones en una sociedad construida en el discurso de la igualdad y fundada en la desigualdad, los procesos medicalizantes son nuevas formas de violencia contra las personas. Nuevos modos de vigilar, nuevos modos de castigar”. (Affonso Moysés y Azevedo Lima Collares, 2013:115)

- *Farmacracia*

Desde la corriente antipsiquiátrica Szasz(2007)-gran crítico de la influencia de la medicina moderna sobre la sociedad y por ende del problema de la medicalización- desarrolló el concepto de *Farmacracia* para referirse al vínculo entre la medicina y el Estado. Una de sus ideas centrales es "Teocracia es la regla de Dios, democracia es la regla de la mayoría y Farmacracia es la regla de la medicina"⁷. Los análisis de Szasz (2007) corroboran y completan los efectuados hace casi treinta años antes por Foucault, quien había señalado en 1974 que, en el futuro inmediato la figura del médico adquiriría un rol de mero intermediario entre el paciente y la industria farmacéutica (Foucault, 1996).

⁷Extraído de <http://www.nexos.com.mx/?p=25734>

La trama de la Farmacracia es amplia, incluye tanto a los medios de comunicación, a la sociedad, a las compañías farmacéuticas, a los laboratorios, y a los médicos y otros profesionales. La Farmacracia conduce a la victimización de médicos y pacientes, por medio de la propaganda, de esta manera ambos se encuentran involucrados con las modas terapéuticas. La idea de patologización representa las relaciones entre las enfermedades, la farmacéutica y la tecnología. Desde este posicionamiento, patologizar a las personas resulta ser una empresa redituable.

Por otra parte, creemos conveniente hacer mención a las estrategias de marketing que llevan a cabo las diversas compañías farmacéuticas, que tienen como objetivo la búsqueda de personas sanas, por lo tanto, los avatares de la vida se convierten en problemas mentales. Estas estrategias de mercado están dirigidas particularmente a los médicos; líderes de opinión; usuarios y/o sus organizaciones; y comunidad educativa.

Uno de los libros más importantes sobre este tema fue escrito por Angell (s/a), "La verdad sobre los laboratorios farmacéuticos", médica y editora jefa del New England Journal of Medicine, analizó cómo los laboratorios se alejaron de su misión original de descubrir y fabricar remedios útiles para convertirse en gigantescas máquinas de marketing. Profesora del Departamento de Medicina Social de la Universidad de Harvard, Angell se ha dedicado a escribir artículos alertando sobre el exceso de prescripción de drogas antipsicóticas, especialmente entre niños.⁸

La industria farmacéutica que, en medio de las campañas, mueve alrededor de 500 billones de dólares anuales, se ocupa de explotar los sentimientos de temor de las personas, como la muerte, el decaimiento físico y la enfermedad. El propósito es hacer que los clientes de las empresas tengan una nueva forma de pensar en estos temas.

Según Moynihan y Cassels (2007) puede parecer raro que las industrias farmacéuticas busquen crear nuevas enfermedades, pero esto es moneda corriente en el medio, traducida en miles de millones de dólares. Por eso, la estrategia que figura en Business Insight⁹ se basa en modificar la manera en la que las personas manipulan

⁸Extraído de dossiê sobre medicalização da educação e da sociedade. Forum Infancias Brasil.

⁹ <http://www.strategicbusinessinsights.com/>

sus problemas, que hasta entonces eran visibilizados como un mero padecimiento, y persuadiéndolas con que deben ser tratados mediante la intervención médica.

Así mismo, Bianchi (2013) plantea que las compañías farmacéuticas por medio de sus productos se introducen, interviniendo en las prescripciones de los médicos y cuando estos se resisten, ejercen de manera directa sobre los pacientes consumidores. Desde hace ya un tiempo, la industria de la farmacéutica se dedica a promocionar sus productos para las distintas enfermedades que se presentan en la actualidad. "Aunque los médicos siguen siendo los prescriptores de muchas drogas, hoy la industria farmacéutica es un agente importante de la medicalización, con su agresiva promoción de productos a los médicos, sponsoreo de eventos médicos, publicidad en revistas profesionales" (Bianchi, 2013:65).

De este modo, la industria farmacéutica se constituyó como el soporte del modelo patológico imperante, el DSM, promoviendo presuntas bases científicas y aceptando la utilización de psicofármacos en edades tempranas.

Por ende, la industria farmacéutica ha cooperado al establecimiento de una demanda a la que debe sostener y optimizar:

"Esa misma demanda habilita a los consumidores de estos productos a disponer de opciones siempre renovadas, de acuerdo con un esquema en el que se articulan "la ideología de la libertad de elección, el mercado como soberano, el individuo como último responsable y el Estado como mero administrador". (Iriart, 2008:217)

Si nos remontamos a la época de los griegos, los orígenes etimológicos de la palabra Fármaco, se refería a Phármakon; que significa remedio y medicina a la vez. Así mismo, la palabra Pharmacea, designaba la acción de proveer la droga, en otras palabras, el "envenenamiento". Por su parte, Pharma significa "golpe". Es así como se puede afirmar que los psicofármacos son aquellos medicamentos que poseen como objetivo el hecho de modificar los síntomas de las enfermedades mentales, es decir, provocar una alteración en el comportamiento o conductas sintomáticas del paciente (Jorge, 2005).

En ésta misma línea, teniendo en cuenta las ideas de Bianchi (2013) el fármaco opera como una herramienta privilegiada para la "corrección" de las conductas, así como también presenta funciones que van variando y cambiando en relación a las necesidades que implanta el medio. En este sentido, la frecuencia y dosis en el

suministro del mismo son ajustadas desde las variabilidades, las diferentes prácticas y demandas individuales.

Con respecto a la historia de los psicofármacos, se puede afirmar que desde hace ya dos siglos se emplearon narcóticos, purgantes, vomitivos, entre otros, para poder atender a los denominados problemas mentales. Luego a mediados de la década del 50, los fármacos se transforman en una herramienta fundamental en el tratamiento psiquiátrico. Fue así como surgieron rápidamente las críticas, justificando que las drogas no trataban las causas de ciertas problemáticas y que así se "tapaban" los síntomas y los fármacos se convertían en chalecos de fuerza químicas que tenían la finalidad de controlar a la sociedad (Bianchi, 2013).

Como consecuencia de la disminución de la intensidad sintomática, la inclusión de psicofármacos a los tratamientos provocó que aquellos pacientes que yacían en los hospitales obtuvieran un desempeño mejor y por lo tanto pudieran ser dados de alta. No obstante, en la actualidad, el estudio del desarrollo de los psicofármacos tiene en cuenta otras aristas que están estrechamente vinculadas, como ser las categorías nosológicas y los diversos modos de diagnosticar.

En palabras de Bernztein (2013):

“La medicación psicofarmacológica, que no es curativa, a diferencia de lo que ocurre en otras áreas médicas, no apunta a una entidad nosológica, no se medican diagnósticos, sino cierta presentación de los síntomas, o cierto momento de extrema dificultad en un proceso terapéutico, que requiere de este tipo de intervención en tanto apertura de una obturación”. (Bernztein, 2013:191)

Dicho proceso terapéutico es posible debido a que la intervención se relaciona a una práctica que juega un entrecruzamiento que excede a la especialidad de un campo de saber, siempre y cuando dicha intervención suponga el cambio del padecimiento al síntoma y como tal formularse preguntas; es decir se trata en sí de posibilitar el trabajo con el síntoma.

Por lo tanto, el beneficio de indicar una droga se debe argumentar con los riesgos en relación con su administración, es decir que no sería posible prescribir un psicofármaco si antes no se conocen los mecanismos de acción, su farmacocinética, las pruebas de eficacia, los efectos secundarios que conlleva su consumo, las vinculaciones que puede tener con otras drogas, como también si hay presencia de riesgos de toxicidad y de dependencia (Kremenchuzky, 2013).

- *Consumo de psicofármacos*

En determinados períodos durante el siglo XX fue prescripto un psicofármaco que tenía como finalidad "tranquilizar" a los niños y luego se fue naturalizando su consumo. Si bien, en las indicaciones se informaba acerca de la dependencia que podía generar, el uso del mismo era indiscriminado, irrumpiendo de este modo en el vínculo que se debía establecer entre el niño "intranquilo" y quien debía cuidarlo, nominarlo y ofrecer sostén (Stolkiner, 2013).

Si el fármaco se constituye como la respuesta, se comienza a construir un modelo del cual se interpreta que el uso de una droga va a eliminar un malestar. De esta manera, se puede decir que se introduce en el sujeto la lógica del consumo.

En palabras de Geraldí (2012), si se considera al fármaco como producto de generalizaciones, su respectivo consumo sería del orden de lo individual, es decir de un organismo en particular. Es por esto, que no interesa que las estadísticas de implementación terapéutica de una cierta droga, pueda alcanzar resultados eficaces de curación; sino que, desde el ámbito de la medicina, el profesional conoce que la complejidad de lo singular es más importante que aquella complejidad construida por la supresión de las diferencias. Si no fuese de esta manera, no estaría presente la ética de los médicos en relación con la alerta sobre aquellas consecuencias de la droga recetada.

Los fármacos se utilizan en la infancia para "controlar las conductas de los niños y adaptarlos a un sistema" donde es sabido que su estructura central, en los últimos siglos, no ha cambiado.

Tal como plantea Affonso Moysés (1996) se han desarrollado investigaciones en diversos países que demuestran como los niños por diversos trastornos son diagnosticados y medicados, sin el aval científico que requiere. De este modo, queda en evidencia como desde las políticas se evita descifrar la contienda de las infancias actuales, tema que desarrollaremos en los próximos apartados.

Consideramos pertinente mencionar que, en Latinoamérica, la infancia se encuentra medicalizada, generalmente por psicofármacos como: Metilfenidato, Risperidona, Valproato y Sertralina (Navarro Scirgalea, 2016).

El uso de estimulantes se remonta a los años treinta cuando comenzó a prescribirse la efedrina y anfetaminas. Consecuentemente en 1937 se realiza un estudio que garantiza su efectividad en el tratamiento del Síndrome Hiperactivo.

El Metilfenidato -MFD-, también conocido como "Ritalina", sintetizado por un químico de la empresa Ciba -precursora de Novartis-, es una droga que posee una antigüedad mayor a 60 años, se lanzó al mercado por primera vez en 1955 y su auge de venta como fármaco se produce en 1990. Actualmente utilizado para el TDA-H -Trastorno por déficit de atención e hiperactividad- en niños mayores de 6 años y adolescentes (Burillo, et al, 2013). Es un psicoestimulante del sistema nervioso central, esta sustancia es riesgosa y predispone para el abuso, es por esta razón que la DEA -Administración para el Control de Drogas en Estados Unidos- la agregó en la lista junto con la cocaína y las anfetaminas. Es por tal motivo, que al ser un psicotrópico se encuentra bajo fiscalización internacional con una gran distribución a nivel legal y considerado como medicamento rentable en la industria farmacéutica.

Este tipo de droga según Benasayag (2013) se utiliza frecuentemente para la mejora del rendimiento, el incremento del estado de vigilia, como también para el alcance de la concentración y la atención. Se analizó a su vez que producía pérdida de peso y que en algunas circunstancias se utilizaba por razones recreativas.

Sin embargo, el Metilfenidato presenta múltiples efectos adversos que Kremenchuzky(2013) plantea a nivel orgánico: insomnio, anulación del apetito, disminución del peso, atraso en el desarrollo, mareos, dolor abdominal, presencia de tics, taquicardia, hipertensión arterial, hasta casos de muerte súbita.

En el orden de lo emocional puede crear sentimientos de hostilidad, psicosis y delirio. Con respecto a la suspensión repentina de este estimulante se puede afirmar que produce síndrome de abstinencia, depresión, fatiga, entre otras alteraciones.

Siguiendo con los planteos de este autor, se compara la Ritalina con la Cocaína ya que ambos coartan la recaptación de dopamina, debido a que el aumento extracelular de este neurotransmisor activa una vía neuronal relacionada con la recompensa.

El cerebro se adapta a la presencia de la sustancia, afectando físicamente áreas cerebrales que son las responsables por ejemplo de la memoria, el aprendizaje, el juicio (Affonso Moysés, et al, 2013).

Actualmente, esta droga se piensa que es una pastilla inteligente o potenciadora universal, por tener efectos en cualquier sujeto que la consuma y ser recetada masivamente. A su vez, puede "bajar los niveles de hiperactividad" y controlar el cuerpo del niño, aunque no garantiza un mejor aprendizaje en cuanto a las habilidades cognitivas.¹⁰ Así mismo, es definida y presentada bajo el slogan de "mejora el funcionamiento social y familiar de los niños".

La Risperidona, antipsicótico utilizado en adolescentes y adultos para el tratamiento de Esquizofrenia y Trastorno Bipolar y en niños a partir de los 5 años para la "irritabilidad asociada al autismo". Funciona cambiando los efectos de los químicos en el cerebro.

El Valproato un antiepiléptico y estabilizador del humor, es empleado según el Farmanuario¹¹, para el tratamiento de la epilepsia y el Trastorno Bipolar. Está demostrado que no es eficaz y seguro en niños menores de 10 años, entre sus efectos adversos encontramos náuseas, diarrea frecuentemente y en menor medida anemia y parkinsonismo reversible.

La Sertralina, antidepresivo, prescripto para niños a partir de los 6 años para el tratamiento de ataques de pánico, ansiedad social, Trastorno Postraumático y el Trastorno Obsesivo Compulsivo. Se ha comprobado que, tanto niños como adultos que consumen esta droga presentan un aumento de riesgo suicida.

En el escenario sobre el debate del uso de psicofármacos en niños, se contempla la utilización de la medicación como recurso de refuerzo al abordaje psicoterapéutico, comprendiendo que el niño y su sintomatología son un proceso complejo y dinámico. En esta dirección Untoiglich (2013) considera que es necesario entender el contexto en el cual se encuentra inmerso el niño, es de suma importancia interactuar con la familia, y la escuela si fuese imprescindible, para obtener información certera acerca de lo que en un momento determinado le puede estar sucediendo al niño.

Miguez (2015) exclama que, el uso de psicofármacos a pesar de ciertos determinantes ya sean estos socioculturales o económicos, reflejan los procesos de "biologización", como se ha mencionado en alguna oportunidad, alude a aquellos problemas colectivos que se presentan como individuales de índole biológico. Así se despoja al sujeto de su propia subjetividad, su historia. En procura de trascender esta

¹⁰Disponible en: <http://www.revistapaquidermo.com/archives/13257>

¹¹Vademécum de medicamentos.

línea meramente patologizante es que se considera necesario trabajar en el fortalecimiento de las potencialidades, resulta muy interesante poder pensar en diversas alternativas a la medicación, desde diferentes disciplinas, que se formulen a través de espacios terapéuticos y repensar el "costo" del consumo de psicofármacos, no solo por el presente que acontece sino también pensando en el futuro y el afianzamiento de diversos proyectos de vida.

- *Datos estadísticos*

Retomando el tema anterior del consumo de psicofármacos en la infancia, es fundamental explicitar un artículo divulgado por la "Drug Enforcement Administration" -DEA- comprobó que hay un "aumento espectacular en el uso del Metilfenidato" en los Estados Unidos. Específicamente aclara que entre los años 1990 y 1995, se dio a conocer un 600% de incremento en la elaboración y consumo de dicha droga. Además, la ONU produjo estadísticas en el año 1993 acerca del uso de medicamentos psicotrópicos y llegó a la conclusión de que el consumo estadounidense era cinco veces mayor que en el resto del mundo.

Según Moynihan y Cassels (2007) en 1995 casi un 12% de niños entre 6 y 14 años poseía un diagnóstico de TDAH y recibía Metilfenidato -MPH-. Unos años más tarde, en 2007 el número de personas medicadas con Ritalin fue 6.0000.000; en el cual 4.750.000 fueron niños, específicamente 3.800.000 varones.

La investigadora uruguaya Míguez (2015), plantea que aproximadamente un 30% de los niños uruguayos de ciertas escuelas, se encuentran medicados con psicofármacos. A su vez, la medicación de aquellos niños en situación crítica se calcula entre el 15% y el 20%, aunque lo que llama más la atención es la derivación a educación especial de estos niños, en donde aumenta a un 80% debido a que son medicados desde edades muy tempranas y cada vez con dosis más fuertes. Mientras tanto, en el ámbito privado sucede que hay una sobreexigencia escolar hacia los alumnos y esto provoca que muchos niños no respondan a dicho ritmo académico. Por consiguiente, se los medica, lo que implicaría ser productivos para el mercado.

En Chile hace cinco años atrás se notó un gran aumento de niños diagnosticados por TDAH de un 253%, debido a que el gobierno aumentó la subvención escolar para ciertas instituciones que tengan alumnos con un diagnóstico previo de TDAH. Esto

fue la mayor estrategia de medicación impuesta por el Estado, sumado a que la importación de Metilfenidato en este país en 2000 fue de 24,2 kilos y en 2011 aumentó a 297,4 kilos.

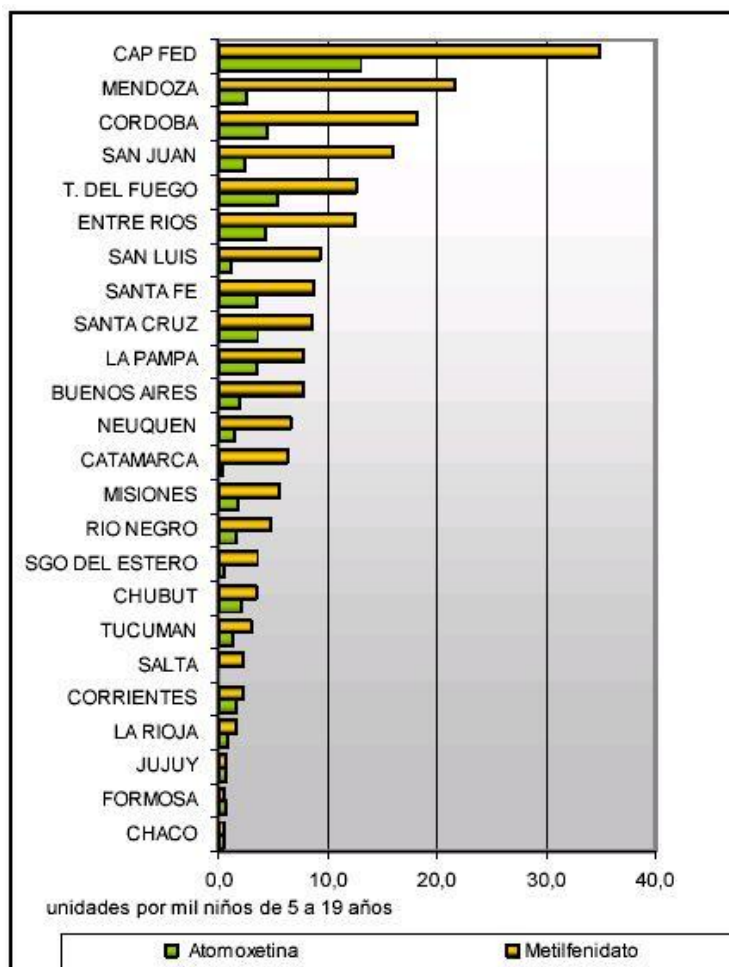
Continuando con los estadísticos, entre 1992 y 2001 se produjo un crecimiento del 8% al año del consumo de MPH en España y así mismo, en Portugal según Campos, (2007) 8.000 niños tomaron dicha droga en el año 2006. Como contracara, en Francia y Suecia, el fármaco se encuentra rigurosamente controlado, por lo que su consumo es prácticamente nulo, según lo formula Vignoli (2014).

En la investigación llevada a cabo por Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico-SEDRONAR-, en el año 2008, se reflejan diversos datos estadísticos por un lado el Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina -INDEC- brinda información sobre facturación de la industria farmacéutica en nuestro país, en millones de pesos. Según esta fuente, la facturación anual de la industria farmacéutica al mercado interno nacional muestra un crecimiento sostenido desde el inicio de la serie en 2003. Durante el año 2007, la industria farmacéutica tuvo un crecimiento del 20.2% en el total facturado con relación al año 2006 (INDEC, 2008). Según aclara este ente, esta información es obtenida en forma directa de las 75 empresas que constituyen el núcleo de la industria farmacéutica nacional, representando aproximadamente el 99% del mercado de medicamentos.

Por otra parte, otra fuente consultada por SEDRONAR, fue la Confederación Farmacéutica Argentina -COFA-, institución que aportó datos sobre unidades dispensadas -envases- de los medicamentos que se investigaron. COFA nos acerca a los datos acerca del consumo/prescripción del Metilfenidato en las diferentes provincias, la relación se estableció entre las unidades dispensadas y una población entre 5 y 19 años. (Gráfico N° 1)

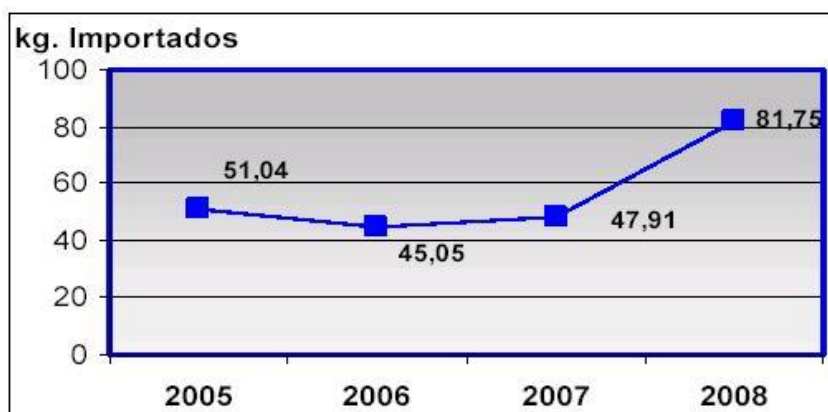
Por otro lado, además encontramos la información brindada por Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica -ANMAT-, específicamente el Departamento de Psicotrópicos y Estupefacientes, en relación con la importación del Metilfenidato a nuestro país. Esta institución corrobora un aumento progresivo para el período comprendido entre 2005 y 2008. (Gráfico N° 2)

Gráfico N° 1. Unidades Dispensadas de Metilfenidato y Atomoxetina por cada mil niños de 5 a 19 años según Provincia. Argentina. Año 2006.



Fuente: Elaboración en base a datos aportados por COFA. 2008.

Gráfico N° 2. Cantidad en kilos de Metilfenidato importados por el conjunto de laboratorios que lo comercializan. Argentina. 2005-2008.



Fuente: Elaboración en base a datos aportados por ANMAT. 2008.

Esto refleja como dato significativo que el fármaco fue utilizado como herramienta de construcción diagnóstica, es decir, que los niños fueron medicados con psicoestimulantes, expresándoles a los padres que si los observan mejor es porque su hijo tiene TDAH. Esto es totalmente falso ya que, de acuerdo con la sensibilidad a la droga, el sujeto cambia sus niveles de atención a la hora de consumir el medicamento.

Según información del propio Ministerio de Salud de la Nación (2005) otras dos drogas convivieron algún tiempo en el mercado para el tratamiento del TDAH: las dextroanfetaminas (Dexedrina® o Destrostat®) y la pemolina (Retaran® o Tamilan®); ambas drogas anteriores al origen del Metilfenidato. De estas, la segunda fue retirada del mercado y la primera no se ha comercializado en nuestro país.

Afonso Moysés (2013) hace referencia a que, en el Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná, se brinda un programa de acogida y atención destinado a niños y adolescentes víctimas de violencia física y psicológica. El estudio y comparación de las historias de los pacientes reveló que ya estaban siendo atendidos y que ya portaban diagnósticos de trastornos neuropsiquiátricos. De los 213 “diagnósticos” realizados, el 68,54% representaban dificultades en el aprendizaje, déficit de atención, agresividad, hiperactividad o fracaso escolar. De los 150 jóvenes, 127 mayores de 5 años consumían drogas psicoactivas, el 63% toma las drogas en dosis crecientes por más de un año y sin mejoras. Algunos niños presentaban daños neurológicos irreversibles, marcas psíquicas indelebles e irremediables (Pfeiffer, 2011).

Concluyendo con este apartado, se puede sostener que esta problemática supera la cuestión acerca de por qué un niño no aprende, o no se puede quedar quieto en la escuela y menos aún es sólo un asunto de las políticas en salud y/o educación de un país. Es por esto, en palabras de Untoiglich (2013) lo que realmente alarma es la banalización y generalización del consumo de psicofármacos en la infancia a nivel mundial, y lo que conlleva a simplificar problemáticas muy complejas.

Referencias bibliográficas

- **Affonso Moysés, A. & Azevedo Lima Collares, C.** (1996). Medicalización del comportamiento y del aprendizaje. Una coartada para el uso de la violencia contra niños y adolescentes. En La patologización de la infancia III. (Comp.). *Problemas e intervenciones en el aula.* 2013. (Pág. 109-121).
- **Bernztein, G.** (2013). En Kremenchuzky, J. *El desarrollo del cachorro humano.* TGD y otros problemas. Pediatría e interdisciplinas. (Pág. 185-195). Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Bianchi, E.** (2013). La medicalización va a la escuela. En La patologización de la infancia III. (Comp.). *Problemas e intervenciones en el aula.* (Pág. 123-137). Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Canguilhem, G.** (2005). En Terzaghi, M. El efecto epidemia, Algunas preguntas sobre el lugar de lo médico. En La patologización de la infancia III. (Comp.). *Problemas e intervenciones en el aula.* (Pág. 55-70). Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Dueñas, G.** (2009). "Derivaciones a consultas neurologías. Una práctica docente preocupante". Revista novedades educativas. Número 223. (Pág. 31).
- **Iriart, C.** (2008). En SEDRONAR. La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos. Informe final. Diciembre 2008. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/LaZMedicalizacinZdeZlaZInfancia.ZNiosZEscuelaZyZPsicotrpicos.ZAoZ2008.-_1.pdf
- **Korinfield, D.** (2013). La lucha contra las adicciones. En la Patologización de la Infancia III. (Comp.). *Problemas e intervenciones en el aula.* (Pág. 203-214). Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Márquez, S; Meneu, R.** (2003). "La medicalización de la vida y sus protagonistas". Revista Gestión clínica y sanitaria. Volumen 5, número 2. (Pág. 49-52). Disponible en URL: <http://revistadefilosofia.com/4Lamedicalizacion.pdf> .Consultado 01/06/17
- **Menéndez, E.** (1987-2004). Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado. Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales. En: Anales de las Primeras Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires.
- **Stolkiner.** (2013) ¿Qué es escuchar a un niño? Escucha y hospitalidad en el cuidado en salud. En la Patologización de la Infancia III. (Comp.). *Problemas e intervenciones en el aula.* (Pág. 71-82). Buenos Aires. Editorial Noveduc.

- **Szasz, T.** (2007) Dislexia y TDAH: ¿dónde están las evidencias? Affonso Moysés y Collares. En *La infancia los diagnósticos se escriben con lápiz*. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación. Untoiglich, G. 2013.
- **Untoiglich, G.** (2013) "La maquinaria medicalizadora y patologizadora. Sus consecuencias en la infancia actual". Página web Malestares en la infancia. Publicado en Actualidad Psicológica. Disponible en: <http://malestaresenlainfancia.com/infancia/index.php/sugerencias-bibliograficas-y-links/64-la-maquinaria-medicalizadora-y-patologizadora>. Consultado (02/06/17)
- **Vasen, J.** (2013). DSM-V: Una nueva epidemia de nombres impropios. En la Patologización de la Infancia III. (Comp.). *Problemas e intervenciones en el aula*. (Pág. 43-53). Buenos Aires. Editorial Noveduc.

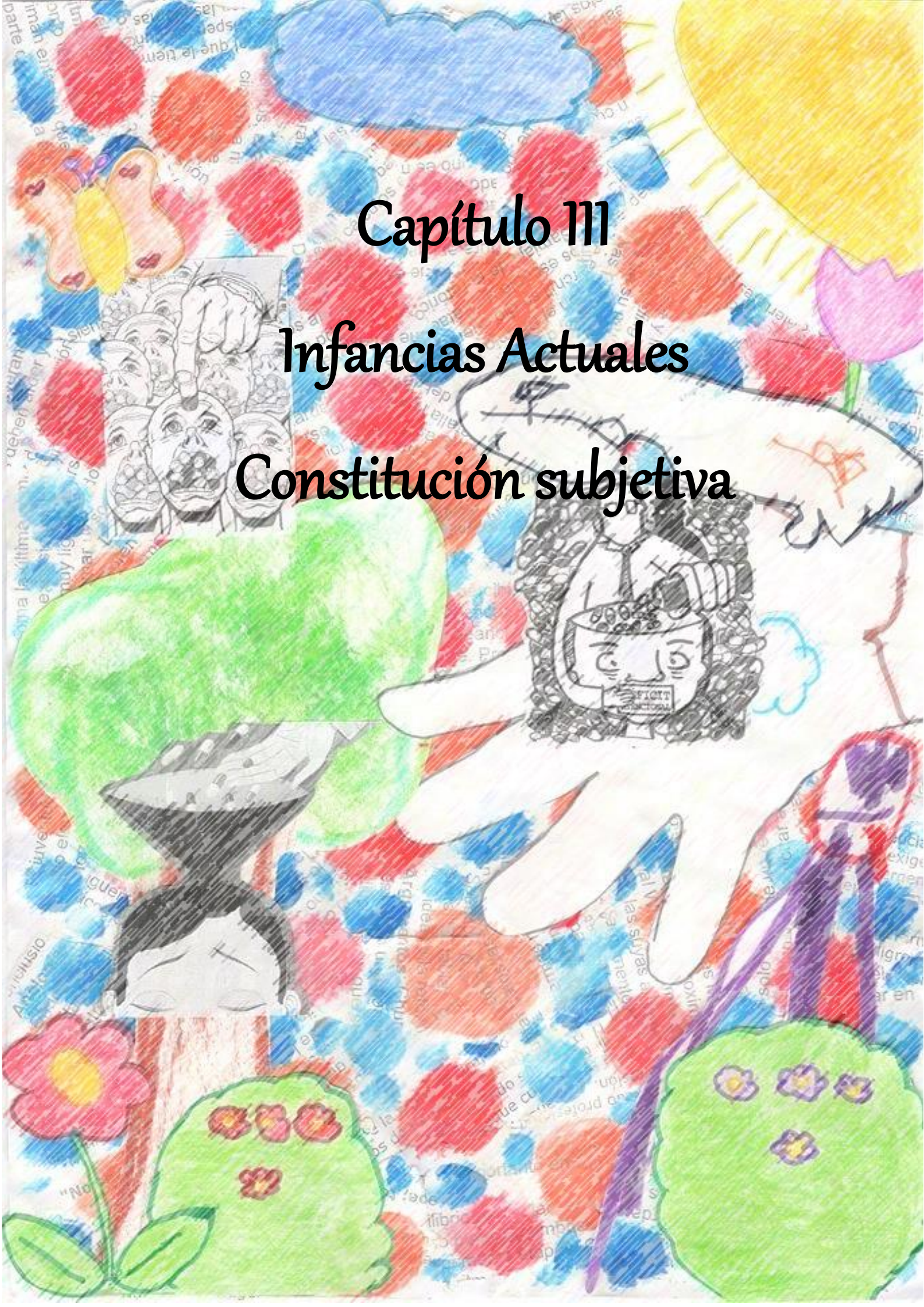
Fuentes electrónicas

- Fundamentación de la Campaña del Forum Infancias Bahía Blanca, 2017. Disponible en: <http://foruminfanciasbahia.com/red-forum-infancias/fundamentacion-de-la-campana-internacional-por-el-derecho-a-infancias-y-adolescencias-libres-de-etiquetas>. Consultado (10/06/2017)
- Merlin, N. (2017) Las neurociencias un intento de colonizar la subjetividad. Disponible en: <https://redfilosoficadeluruguay.wordpress.com/2017/03/19/las-neurociencias-un-intento-de-colonizar-la-subjetividad/> Consultado (19/06/2017)

Capítulo III

Infancias Actuales

Constitución subjetiva



Capítulo III

Infancias Actuales. Constitución subjetiva

*Un niño no es un diagnóstico.
Tampoco un coeficiente intelectual.
La inteligencia es un afecto y, como tal,
está en relación con la construcción de un sujeto.
Levin, E.*

Anteriormente se expuso el fuerte impacto del discurso de las neurociencias en la patologización de conductas que no se consideran “normales” y que no se ubican dentro de ciertos “estándares”, definiéndolas como déficits, trastornos, síndromes, que surgirían de una falla del sistema neurológico. Así mismo, este discurso no es ingenuo y promueve la oferta de tratamientos psicofarmacológicos -cuya demanda es cada vez mayor- que aplacarían los malestares de las personas, obturando procesos saludables de constitución subjetiva y vulnerando sus derechos. Esto último, se refleja en los avatares actuales de la infancia, el lugar que les brindan las instituciones escolares y su contemplación legal dentro de las políticas públicas del Estado.

En el transcurso de los últimos años, se viene observando un aspecto singular en cuanto a la mirada que prevalece sobre los niños, quienes actualmente no son idénticos a los de ayer y esto se debe a que el sujeto se va constituyendo en un mundo tanto familiar como social. En efecto, aquello que va a constituir subjetividad no es sólo la familia sino también los medios de comunicación masiva y la institución educativa, transmitiendo ideales, modos y modelos de funcionamiento.

Según Muniz (2013), cuando se piensa en infancias, se asocia a las diversas formas de ser transitadas y vividas, destacando la singularidad de cada niño. Esto conlleva así a la contextualización y precisión continua, para tener un conocimiento claro sobre qué concepción de infancia transcurrir. En palabras de Dueñas, (2012): “El tiempo infantil es tiempo de constitución y construcción, por lo que las “capacidades” en ese tiempo no están definidas, aún se esperan, se construyen con y desde el otro” (Dueñas, 2012:78)

El contexto actual es el de una sociedad que, como diría Janin (2011), idealiza el éxito fácil, el poder, la imagen y consecuentemente el consumo. Esto a su vez justifica en cierta forma la supresión de las diferencias entre el niño y el adulto, lo cual conlleva a la idealización de la infancia y a desvalorizar el rol de protectores de los mayores. En relación con esto, también se produce una intolerancia del sufrimiento del niño frente a un proceso de duelo, de acuerdo con una lógica que se reduce a que se debe estar bien con el fin de producir mejor. Frente a ello, se desvaloriza el juego, es decir, que hay mayor privilegio en obtener información de muchos temas, pero pocos espacios para desarrollar la creatividad. Por lo tanto, aquello que aparece como demanda continua en los niños es un reflejo del funcionamiento social actual, donde alguno de los mandatos que se promulga como "sólo hazlo" o "llame ya" simbolizan la creación de "neonecesidades" con las que se intenta ocultar toda carencia afectiva. Entonces, en medio de estos ritmos vertiginosos ¿Qué lugar ocupan los niños?

Janin (2011) plantea que, la idea misma de niño se ha modificado. Hoy se les exige y se espera que sean "normales", algo muy distinto a lo que se esperaba en otras épocas. Pareciera que en los contratiempos de la vida cotidiana los adultos olvidaron su infancia y pretenden que los niños funcionen como máquinas, que se regulan en relación con las circunstancias. Es así como se niega la mirada del niño como ser deseante y pensante, con deseos y pensamientos de ese momento de la vida.

Como consecuencia de ello, los niños que no responden a las exigencias del momento son diagnosticados como deficitarios, se les administra medicación y en muchos casos son objeto de medidas exclusoras dentro de las instituciones por las cuales transitan. Siguiendo con el planteo de Janin (2011): "Ya no se "portan mal" sino que tienen un déficit; no es que son inquietos, sino que sufren de un trastorno; no se distraen, sino que tienen una enfermedad" (Janin, 2011:12).

Un niño es en la medida en que otro lo significa, lo nombra, lo desea y desea cosas para él. Según Untoiglich (2013), un niño es una persona que se encuentra en pleno proceso de constitución, en relación con los otros y atravesado por la época que le toca vivir. Cada grupo social tiene una representación de lo que debe ser un niño y un modelo de maternidad y paternidad. Es durante el transcurso de la infancia que el niño comienza a constituirse como sujeto social, desde los primeros vínculos con otros significativos se irá apropiando de modos de aprender el mundo que lo rodea.

Asombrados, asustados, apasionados, sin experiencia para afrontar ciertas situaciones, los niños van armando su propia subjetividad. Se encuentran atados a los deseos de sus padres, pero también marcados por ideales, normas, triunfos y adversidades cotidianas que los atraviesan.

El deseo de los niños por "ser grandes" y consecuentemente la afirmación "cuando seas grande vas a poder lo que ahora no podés", se pasó a "ya vas a ver cuando seas grande", como si el futuro constituyese una amenaza, donde el porvenir se presenta como un problema y no como un logro. Por lo tanto, si el futuro se expone como temible, los niños no pueden proyectar ni soñar, tampoco es posible ser paciente, esperar, compartir, porque todo es "ya", todo debe ser inmediato.

Actualmente, a los niños se los llena de juguetes que funcionan por sí solos y, por lo tanto, quedan sólo como espectadores, con juguetes que no les permiten construir, crear, pensar, hablar. Janin (2011), hace referencia a que, por un lado, los niños de clases media y alta ocupan sus horas libres en actividades extracurriculares que no dejan tiempo para jugar y, por otro lado, los niños pobres se encuentran obligados a trabajar o realizar tareas en la casa, por lo tanto, tampoco tienen espacios para el juego.

Lo primero que ha cambiado, plantea Orschanski -en una presentación de Tecnología, Entretenimiento y Diseño, -TEDxCórdoba-, son las jornadas laborales de los padres que se han prolongado, por lo tanto "tenemos una legión de padres presentes, vivos, frente a esos chicos, pero no disponibles". Esto da lugar, a la "tercerización" de la educación donde se pretende que el chico pase más horas dentro de una institución y la prolongación de las jornadas laborales acompañan la prolongación de la jornada escolar. Cuando salen del colegio, deben realizar otras actividades: inglés, patín, fútbol, entre tantas otras. Todo esto se acumula y da origen a lo que se denomina "síndrome de las casas vacías", casas vacías de niños y de padres. Y la tecnología viene a suplir todos los espacios vacíos que les van quedando a los niños. Hoy hay más pantallas que rostros frente a ellos. En consecuencia, se sienten cansados, solos, tristes, ansiosos. Orschanski cita algunos fragmentos de niños en su consultorio, para ejemplificar:

- *Niño de 7 años: "Sabe Doc¹², yo ya hice todo en la vida (...) yo empecé la guarda a los 6 meses, estoy 8 horas, hace 5 años uso*

¹² La nominación Doc refiere a Doctor.

delantal, este año empecé primer grado porque mis papas decidieron postergar un año más de jardín, hago todas las actividades, ya se leer, escribir, voy al cole y me aburro, vuelvo a casa prendo la compu¹³ y me retan, ¿qué más hay que hacer en la vida?"

- *Niño de 11 años: "yo en mi casa me pongo el lpad, pongo la compu, tengo el celular, pongo la pantalla del televisor y hago la tarea (...) cuando voy al colegio hay una sola maestra, la misma de todos los días con la pizarra aburrida, y me dice que le preste atención, yo le presto pero ella no me devuelve nada (...) el otro día agarre la cartuchera, le apunte a la cabeza como si fuera un mouse, para ver si desaparecía y no".*
- *Niña de 7 años: "yo desde que cumplí años a ahora mi nuevo cumpleaños, pasaron 3 meses nada más (...) si porque todo va muy rápido, vio Doc. Todo se pasa muy rápido.*

Lo dicho anteriormente tiene que ver, según Janin (2011), con la idea de que todo problema debe resolverse ahora, rápido, es decir, que el tiempo presente toma todo y surge como único, sin dar lugar a la duda. Esto supone, un cambio en la idea de tiempo y de que el niño está obligado a cumplir con todos los logros estipulados a nivel social durante los primeros años de su vida, lo cual implica desconocer al niño como sujeto en plena transformación y crecimiento.

Así mismo la televisión, los videos juegos, las pantallas han ocupado el lugar de los cuentos, los relatos, pero aun así hay diferencias. Las historias en palabras le permiten al niño traducir los pensamientos y sentimientos, generan mitos que luego pueden ser recreados, dando lugar a la imaginación, cuando se le ofrece un cuento se posibilita un espacio de reflexión y pensamiento.

Es así como según Kremenichuzky (2013), los niños se encuentran la mayor parte del tiempo hipnotizados y capturados por el influjo de las pantallas. Continuamente se visualizan familias que se encuentran en un mismo espacio físico en donde ha disminuido o desaparecido el lenguaje y la interacción. Como consecuencia, en ocasiones no hay caricias, ni susurros, ni ningún intento de capturar la atención del niño mediante el contacto y el afecto. Los adultos que ejercen el papel de cuidadores están

¹³ La nominación "compu" refiere a computadora.

inmersos en su propia problemática y no se dan cuenta del progresivo aislamiento del niño, quien queda solo frente a un exceso de estímulos que no puede metabolizar y que a su vez provoca un estado de excitación continua y escasas posibilidades de procesar simbólicamente.

A pesar de que la motricidad del cuerpo sea una vía alternativa para tramitar dicha excitación, muchas veces suele ser impedida o sancionada por el adulto y esto conlleva, a que el niño se sienta presionado entre el exceso de estímulos y la poca tolerancia de los otros, debido a la excitación desencadenada. Es por este motivo, que se advierte de manera urgente frente a esta situación, la presencia frecuente de rostros humanos, de la mirada y de la mediación de la palabra.

Cuando los adultos consideran que los niños se deben preparar con conocimientos y competencias para el futuro temible que les presentan, jugar libremente resulta una pérdida de tiempo. Por lo tanto, todos deben saber lo mismo, todos deben realizar las mismas actividades, de este modo queda olvidada la diversidad y la infancia deja ser el tiempo de juegos, cuentos y canciones para transformarse en una formación para el futuro, para lograr el éxito. Así, los niños se encuentran frente a la imposibilidad de tramitar las situaciones de sufrimiento mediante la acción creativa, la actividad lúdica y esto conduce a que repitan lo sufrido pasivamente y estallen a través de manifestaciones de violencia o conductas "inadaptadas".

La producción de subjetividad no es un concepto psicoanalítico, es más bien sociológico. Bottini (2012) plantea que el término subjetividad no es abordado por una única disciplina, sino que es objeto de estudio de otros campos como la filosofía, la sociología, la historia, entre otros y a su vez, es un concepto que tiene estrecha relación en el ámbito de la cultura.

La subjetividad hace al modo en el que las sociedades determinan las formas con la cual se constituyen sujetos plausibles de integrarse a sistemas que le otorgan un lugar. Castoriadis (2007) diría que es constituyente y es instituyente, con esto se refiere a que la producción de subjetividad hace a un conjunto de elementos que van a dar lugar a un sujeto histórico.

Así mismo Galende (2012) considera que la subjetividad consiste puntualmente en "la interrogación de los sentidos, las significaciones y los valores éticos y morales que produce una determinada cultura en una determinada época histórica", no se haya una subjetividad que pueda mantenerse aislada de la cultura y la vida social, ni tampoco

existe una cultura que pueda aislarse de la subjetividad que la sostiene (Galende, 2012:28).

Este autor agrega que la subjetividad constituye al individuo en alguien cuya biología está en íntima vinculación con su cultura y el mundo en sí. Es por esto que, posee una condición trascendental ya que sus mecanismos biológicos, su conciencia y su ser de lenguaje, cultura y sociedad es fundamental para la construcción de su subjetividad. Es entonces que, se puede afirmar que la subjetividad es cultura singularizada y a su vez, la cultura es la subjetividad en cuanto se objetiva. Siguiendo con las ideas de este autor: "somos siempre sujetos de una cultura particular, estamos contruidos en alguna medida dentro de esa cultura e inevitablemente sufrimos los avatares que va sufriendo la cultura" (Galende, 2012:29).

Bottini (2012) alude a que las formas dominantes de organización, ya sean, "de los vínculos familiares o de las relaciones e intercambios sociales, la conformación de valores ideales y morales por las instituciones pedagógicas, las normas sociales y las simbólicas culturales, los modos del Estado de organización de lo público"¹⁴, son constituyentes de los procesos de subjetivación y singularización a través de los cuales el individuo se apropia del conjunto de significaciones que le permiten desarrollarse en los diferentes espacios de la vida tanto social como cultural (Bottini, 2012: 34).

Por lo tanto, para que un niño se constituya como sujeto se tienen que dar determinados hitos lógicos de la constitución subjetiva, que son en sí operaciones que solicitan de la presencia de otro y que según Manavella (2013), son estructurantes del propio aparato psíquico.

Según Untoiglich (2013), actualmente se sabe que cerebro, psiquismo y subjetividad se constituyen progresivamente de manera entrelazada, en una relación mutua entre subjetividad, cuerpo biológico, los otros significativos, el grupo social en el que se encuentra y la época histórica.

¹⁴ Desde la sociología, L. Althusser define a las formas dominantes de organización como los aparatos ideológicos del Estado y, los enumera: el Estado, la familia, la iglesia, la escuela, la ideología, los medios de comunicación "(...) concurren al mismo resultado: la reproducción de las relaciones de producción (...) Cada uno de ellos concurre a ese resultado de la manera que le es propia: el aparato político sometiendo a los individuos a la ideología política del Estado; (...) el aparato de información atiborrando a todos los 'ciudadanos' mediante la prensa, la radio, la televisión, (...) Lo mismo sucede con el aparato cultural; el aparato religioso; el aparato familiar..., no insistimos más". Ideología y aparatos ideológicos del Estado. Ediciones Nueva Visión. Bs. As. Pág. 42.

Bleichmar (1999), citada por Calzetta (2011), propone una diferencia precisa entre lo que es la producción de subjetividad y la constitución psíquica. Por un lado, la primera, abarcaría aquellos aspectos que hacen a la construcción social del sujeto, en relación con lo ideológico e inscrita en un espacio y un tiempo determinados desde el punto de vista de la historia política. Por otro lado, la segunda se referiría a “variables cuya permanencia trasciende ciertos modelos sociales e históricos” y que pueden ser cercadas en el campo específico del psicoanálisis.

La autora citada realiza una cierta relativización de algunos conceptos fundamentales de la constitución del psiquismo. Considera que la idea de “constitución psíquica” pertenece al universo conceptual del Psicoanálisis; “construcción de subjetividad” en cambio, fue acuñada en otras disciplinas e importada al uso psicoanalítico en el que prolonga, como marca de origen la referencia a lo social, tal como hicimos referencia en un comienzo. Entonces, se trata de nociones heterogéneas y el límite entre una y otra no es para nada transparente.

Para Castoriadis (1998), la relación que se establece entre la psique y lo histórico-social es excesivamente compleja. En principio, afirma que son irreductibles uno al otro: “El inconsciente produce fantasmas, no instituciones. Tampoco se puede producir la psique a partir de lo social, ni reabsorber totalmente lo psíquico en lo social” (Castoriadis, 1998:45).

La diferencia sustancial entre subjetividad y psiquismo, formula Bottini (2012) es:

...”de un lado el Inconsciente pre-subjetivo en sus orígenes y para-subjetivo en su funcionamiento, no reflexivo, materialidad psíquica en sentido estricto, producto de las inscripciones sexualizantes y sus posteriores ordenamientos en la estructuración del psiquismo; y, de otro lado, el sujeto de cogitación o conocimiento de sí mismo y los otros, atravesado por la apropiación ideológico-ideativa de los modos con los cuales los discursos instituyentes de su época histórica producen subjetividad”.(Bottini, 2012:87)

Por tal motivo, cuando se habla de subjetividad se hace referencia a la producción social de sujetos, consecuentemente, el sujeto no puede constituirse aisladamente, así como tampoco lo logra el aparato psíquico. Según Bleichmar (2005):

“En los orígenes del psiquismo la representación opera antes de que el sujeto se constituya apropiándose de ella, antes de que le dé un sentido. Pero, una

vez que el Inconsciente se haya constituido por efecto de la represión, operará en relación al sujeto, aunque sin ser capturado por la subjetividad. Lo cual no deja de originar una tensión conflictiva ya que, siendo el Inconsciente el efecto de la represión, una vez que se ha constituido el aparato, los modos de la subjetividad inciden en la forma en la que el Inconsciente queda constituido y en sus contenidos. Y eso ciertamente implica una paradoja, compleja de resolver, porque el Inconsciente es a-subjetivo y, al mismo tiempo, es residual de las formas de la subjetividad". (Bleichmar, 2005:34)

La fuerza con la que la subjetividad de una época abate lo manifestado con anterioridad, conlleva a que todos deban recurrir a la propia moral y al saber histórico para lograr sostenerse. Son evidentes los cambios en la producción de la subjetividad actual, no obstante, la subjetividad no es todo el aparato psíquico, pero sí es el lugar donde se entrecruzan los enunciados respecto del Yo, "el aparato psíquico implica ciertas reglas que exceden la producción de la subjetividad" (Bleichmar, 1999:78)

Por otro lado, con respecto a la construcción del aparato psíquico, sabemos que el niño irá tomando noción de sí mismo y de las personas que lo rodean, que forman parte de su vida, de este modo, registrará las vivencias de tal manera que constituirán parte de su vida psíquica. Bleichmar (s/a)¹⁵ al respecto, dice que:

"El camino no es lineal, y se ve atravesado por diversas recomposiciones a lo largo de la vida. Estas huellas de los primeros tiempos se ensamblan y resignifican; no todas tienen el mismo carácter ni permanecen idénticas: aquellas que remiten a situaciones de placer son fácilmente recomponibles con otras relaciones de placer".

Tanto para la construcción de la subjetividad como del psiquismo, el niño necesita del otro. Es a partir de la mirada y del discurso del otro humano, que el niño comienza a configurar una imagen de sí mismo, se constituye a partir de la imagen que los otros le devuelven, son los otros los que le brindan una imagen que lo captura y le otorga el "ser".

El psiquismo es una estructura abierta al mundo y el mundo es para un niño, fundamentalmente, los otros que lo rodean, marcados a su vez por una sociedad y una cultura. Los otros son sostén y fuente de placer, son figuras de identificación, le

¹⁵Extraído de <http://www.serfamiliaporopcion.org/index.php/lecturas-para-compartir/19-las-marcas-de-la-historia-dra-silvia-bleichmar-#.WUxWy2iGPIU>

trasmiten valores, normas e ideales, no obstante, son también portadores de angustias, temores y dolores.

El aparato psíquico no está dado de entrada, como un programa instalado “de fábrica”, sino que debe construirse en el tiempo. La estructura del aparato se refiere a los lugares psíquicos, dimensión virtual de los distintos niveles de procesamiento mental, que se manifiestan en secuencias temporales. Los fenómenos se explican en función de los lugares psíquicos implicados, los que se representan en las llamadas primera y segunda tópicas freudiana. La primera, divide el aparato en tres sistemas: Consciente, Preconsciente e Inconsciente, que guardan entre sí una relación; la segunda, conformada por tres instancias Yo, Ello y Superyó.

Sistemáticamente el funcionamiento del Preconsciente y del Yo, van a dar lugar a un sujeto cognoscente, un sujeto capaz de pensarse y enunciarse, movido por el deseo de saber, por la curiosidad que lo impulsa, de la angustia por desconocer sentida por el Yo. En síntesis, un sujeto cognoscente es una persona inteligente y la inteligencia está constituida por prerrequisitos y requisitos, que dan lugar a la inteligencia en sentido estricto y de este modo, se diferencian los problemas de inteligencia de los problemas de aprendizaje.

En el escrito sobre diagnósticos invalidantes, Janin (s/a)¹⁶ declara que la subjetividad se constituye en un intercambio, es decir, que el niño va recibiendo significaciones que provienen del otro. En otras palabras, son los otros que libidinizan, le van transmitiendo ideales y normas, y simultáneamente le presentan modelos de identificación. Es así como muchas veces, esos otros comienzan a suponer que aquel que debería cumplir sus sueños es portador de un déficit, ese golpe narcisista sellará el vínculo, la manera con que el niño será mirado, aquellas palabras y también silencios que le serán dados. Por este motivo, es que tempranamente se comienza a pensar a ese niño como un discapacitado, antes de poder darle el tiempo necesario para desplegar sus posibilidades.

De este modo, es importante atender a la mirada que un niño recibe, la cual es estructurante de su ser. Por lo que, si un niño siente que es mirado pasivamente como un "trastorno", es posible que quede "trastornado". Sumado a esto, muchas veces hay "protocolos" que suponen ser pruebas en las que se observa al niño con el fin de que

¹⁶ Extraído de <http://beatrizjanin.com.ar/mis-articulos/la-constitucion-subjetiva-y-diagnosticos-invalidantes.pdf>

cumpla con ciertos "estándares". Esto produce que el niño sea un número en una serie, sin ser considerado como un sujeto singular, con sus propios avatares.

III-a El lugar de las políticas públicas

Para dar comienzo a este apartado, nos retrotraemos a lo explicitado en la introducción sobre la importancia del papel de las políticas públicas en relación con la salud pública, cuya finalidad es la de generar prácticas en términos de salud y educación, teniendo en cuenta la complejidad del ser humano.

Es por esto que nos parece fundamental, en primer lugar, saber cómo es definida la política pública. Teniendo en cuenta la conceptualización de Kraft y Furlong (2006):

“La política pública es un curso de acción o de inacción gubernamental, en respuesta a problemas públicos: reflejan no sólo los valores más importantes de una sociedad, sino que también el conflicto entre valores. Las políticas dejan de manifiesto a cuál de los muchos diferentes valores, se le asigna la más alta prioridad en una determinada decisión”. (Kraft y Furlong, 2006:72)

Es así que las políticas públicas no son cualquier acción del gobierno, sino que forman un conjunto de acciones intencionales y causales, orientadas a objetivos de interés o beneficio público con lineamientos de acción, agentes, instrumentos, procedimientos y recursos. A su vez, se reproducen en el tiempo de manera constante y coherente, en relación con el cumplimiento de funciones públicas que son permanentes o con la atención de problemas públicos cuya solución implica una acción sostenida.

Desde la visión de Sandomirsky (2010), las políticas públicas están atravesadas y conformadas por estructuras, organismos, estilos de liderazgo, diversas formas de organización, incumbencias específicas y anexas, etc. A pesar de ello, lo más evidente de las políticas públicas son aquellas decisiones que implementa el Estado cualquiera sea el nivel de gobierno, es decir, que son iniciativas que se llevan a cabo y que se muestran ante el ciudadano con el fin de llamar su atención y para operar en el campo de lo público.

En este sentido, los desarrollos de políticas públicas están destinadas a poder mejorar la salud comunitaria, lo que supondría la inclusión de la atención clínica, teniendo en cuenta la estrecha unión de la promoción con la prevención primaria, la asistencia y rehabilitación, atendiendo así las problemáticas sanitarias que requieren ser atendidas superando el contraste entre lo mental y lo corporal, lo individual y lo social, lo sectorial y lo extrasectorial y entre lo normal y lo patológico.

De esta manera, el concepto de salud comunitaria se convierte en una nueva perspectiva en salud pública, cuyo componente principal es la comunidad y el equipo multidisciplinario de salud es colaborador y participante. Aquí se entiende a la participación como la acción concreta de influir en forma directa, en la toma de decisiones que tienen que ver con la salud del pueblo. A su vez, se gestiona salud positiva, no enfermedad, en donde la unidad mínima de análisis es la familia.

La Organización Panamericana de la Salud -OMS-, en la década del 70, declaró que la promoción y protección de la salud y la prevención de las enfermedades, componentes esenciales para el logro de un mejor nivel de salud para la población, fueron prioritarias dentro del accionar del Ministerio, el cual continuó en ese momento con el desarrollo de programas y proyectos, incorporando nuevas estrategias de acción.

Sin embargo, más allá de las propuestas del gobierno en ese entonces, Saforcada (2010) planteó que en Argentina desde la salud pública se gestiona enfermedad pública, es decir, que en lugar de "Ministerios de Salud" se debería hablar de "Ministerios de enfermedad". Por lo tanto, la acción y/u omisión de los respectivos gobiernos han permitido que sus sociedades sean visibilizadas como objetos de negocios.

Se denomina así enfermedad pública a todas aquellas enfermedades que el Estado debería evitar con los recursos económicos, tecnológicos, humanos que dispone pero que no impide por proteger a quienes las generan. Sumado a ello, se encuentra la enfermedad que produce el mismo sistema de servicios de atención de la salud y la auto-prescripción de medicamentos de venta autorizada bajo la receta médica que el sistema farmacéutico argentino vende a los ciudadanos, sin necesidad de que los adquirentes presenten dicha prescripción.

Entre las razones por las cuales el Estado no evita la enfermedad pública o artificial, tiene que ver con la motivación por la ganancia del mercado de la enfermedad en estrecha vinculación con los intereses del complejo industrial profesional corporativo.

Actualmente, para los gobiernos es un verdadero desafío emergente dar respuesta a las problemáticas psicosociales de la niñez y adolescencia que indican tanto la Organización Panamericana de la Salud -OPS- como la Organización Mundial de la Salud -OMS-. Por otro lado, la Convención Internacional de los Derechos del Niño -CIDN- adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, incorpora la concepción del niño como sujeto pleno de derechos y considera a los niños y niñas como ciudadanos.

El encuadre de las prácticas hacia la consolidación de un paradigma de protección integral está compuesto, como plantea Barcala (2013), por la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes 26.061/05 y la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/10. Estas leyes pretenden no sólo dar respuesta desde un enfoque de derechos, sino también evitar que se vulneren los derechos de los niños respecto de la salud mental.

En cuanto a lo que respecta a la Ley Nacional de Salud Mental, se llevó a cabo en el año 2013, una construcción colectiva del plan, mediante una serie de aportes, en el marco del XII Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos¹⁷. Es así que, teniendo en cuenta el nuevo paradigma en Salud Mental desde una perspectiva de derechos, la formación de los profesionales de la salud debe basarse en el respeto a la particularidad, teniendo en cuenta la ilegalidad de intervenir sobre el otro desde cualquier poder disciplinario.

Por tal motivo, uno de los aportes plantea la eliminación del uso del DSM IV y CIE-10 u otro manual que reduzca el padecimiento mental a un diagnóstico desubjetivante masificador, en donde se visibiliza un código alfanumérico. Como consecuencia de ello, se promovió la desmedicalización como vía de inclusión social, rompiendo así con el modelo de salud mental impuesto por el mercado que termina patologizando la vida cotidiana de los sujetos.

De este modo, la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/10 establece:

“...derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos

¹⁷ Disponible en: http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-comunidad/pdf/2013-10-08_anexo-VII.pdf

*necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud*¹⁸. (Ley de Salud Mental, 2010:16)

Frente a esto nos cuestionamos ¿Por qué un niño necesita un certificado de discapacidad que legitime cierta discapacidad para poder acceder a tratamientos adecuados e integrales?

El proceso de certificación de la discapacidad se realiza por diversos profesionales que se ocupan de la evaluación aislada del funcionamiento de ciertos aspectos, ya sean orgánicos o cognitivos, fragmentando al sujeto, dejando de lado su complejidad. La certificación se establece como un recurso al que se recurre como cierta garantía de protección de derechos en perjuicio de posiciones que marginan y particularmente a los niños los etiqueta ocupando el lugar de identidad.

En relación con esto, una de las contribuciones planteadas en la construcción colectiva del Plan de Salud Mental, refiere a que todas las niñas, niños y adolescentes no requerirían de certificados de discapacidad para acceder a la educación, la salud y otros dispositivos y que, a su vez no podrán ser diagnosticados en Salud Mental debido a que son sujetos en pleno crecimiento y desarrollo. Por lo tanto, se conceptualizarán como síntomas infantiles, propios de la estructuración subjetiva, sin diagnósticos descarriados que contribuyen a estigmatizar, patologizar y medicalizar la infancia.

Consetti y Lucero (2015) consideran que:

... “ante lo planteado por la ley es inmoral la producción de certificados de discapacidad para que las personas puedan acceder a los tratamientos que necesiten y que sus derechos sean respetados, más aún sabiendo que al “discapacitar” a las personas se podrían generar efectos desubjetivantes que signen su futuro”. (Consetti y Lucero, 2015:92)

Aquí tomamos como referencia, el modelo social de la discapacidad sostenido por la OMS y por el marco de las Convenciones y Principios de Derechos Humanos. El mencionado modelo plantea que la discapacidad no es un mero atributo de la persona sino un conjunto de condiciones que tienen que ver con la interacción entre las características del sujeto y el entorno social. Es por esto por lo que la discapacidad es

¹⁸Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010. Pág. 13-14

un resultado negativo de la relación entre la condición misma de la persona y el medio que actúa como barrera.

Como consecuencia, el paradigma de la inclusión proclama los valores basados en el reconocimiento de la persona con discapacidad como sujeto de derecho. En el Art.1. de la Convención sobre sus respectivos derechos se explicita que el objetivo es promover, proteger y asegurar el pleno goce de los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad y además promover el respeto de su dignidad. A su vez concibe 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”. (Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad, 2006:4)

Como sujetos políticos, las personas con discapacidad tienen el derecho a la palabra, como también a participar con sus opiniones durante una toma de decisiones en aquellos aspectos que los afectan sobre su vida personal y a su vez en el ejercicio de su ciudadanía. Es por este motivo, que poseen principios fundamentales con respecto al acceso a educación obligatoria y gratuita, derecho a tener calidad educativa como también igualdad, inclusión y no discriminación.

Constituyen un derecho inherente a los seres humanos, el acceso a los servicios públicos de salud, así como la salud y el bienestar en sí, que sin duda son de orden público, irrenunciable, interdependientes, indivisibles e intransigibles, tal como se plantea en la Ley 26.061/05 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

Esta Ley tiene como objetivo la Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes que se encuentren en el territorio de la República Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte. Así mismo plantea que se debe respetar:

- El derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta;

- El respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural;
- Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales;

Por otro lado, en el Art. 4. referido a las Políticas Públicas: “se establece que las políticas públicas de la niñez y adolescencia se elaborarán de acuerdo con las siguientes pautas:

- Fortalecimiento del rol de la familia en la efectivización de los derechos de las niñas, niños y adolescentes;
- Descentralización de los organismos de aplicación y de los planes y programas específicos de las distintas políticas de protección de derechos, a fin de garantizar mayor autonomía, agilidad y eficacia;
- Gestión asociada de los organismos de gobierno en sus distintos niveles en coordinación con la sociedad civil, con capacitación y fiscalización permanente;
- Promoción de redes intersectoriales locales;
- Propiciar la constitución de organizaciones y organismos para la defensa y protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes”.

Dentro de los principios, derechos y garantías, en el Art. 8. se plantea el derecho a la vida. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la vida, a su disfrute, protección y a la obtención de una buena calidad de vida; y el Art. 9. refiere al derecho a la dignidad y a la integridad personal. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la dignidad como sujetos de derechos y de personas en desarrollo; a no ser sometidos a trato violento, discriminatorio, vejatorio, humillante e intimidatorio.

Por un lado, en materia de Salud esta ley propone que:

“...las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud”. (Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, 2005:6)

Por otro lado, en lo que respecta a Educación:

"...las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la educación pública y gratuita, atendiendo a su desarrollo integral, su preparación para el ejercicio de la ciudadanía, su formación para la convivencia democrática y el trabajo, respetando su identidad cultural y lengua de origen, su libertad de creación y el desarrollo máximo de sus competencias individuales; fortaleciendo los valores de solidaridad, respeto por los derechos humanos, tolerancia, identidad cultural y conservación del ambiente". (Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, 2005:6)

Tienen derecho al acceso y permanencia en un establecimiento educativo cercano a su residencia, además las niñas, niños y adolescentes con capacidades especiales tienen todos los derechos y garantías consagrados y reconocidos por esta ley, además de los inherentes a su condición específica.

Otro de los derechos -Art. 19- sostenido por esta ley es el de la libertad que implica el respeto a las propias ideas y creencias, mientras que la privación de la misma podría entenderse como la "ubicación de la niña, niño o adolescente en un lugar de donde no pueda salir por su propia voluntad" (Ley de Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, 2005:7).

Así mismo, consideramos pertinente resaltar el Art. 24. en el que se considera el derecho a opinar y a ser oído.

- Participar y expresar libremente su opinión en los asuntos que les conciernan y en aquellos que tengan interés;
- Que sus opiniones sean tenidas en cuenta conforme a su madurez y desarrollo;
- Este derecho se extiende a todos los ámbitos en que se desenvuelven las niñas, niños y adolescentes; entre ellos, al ámbito estatal, familiar, comunitario, social, escolar, científico, cultural, deportivo y recreativo.

Este artículo, tal como plantea, pretende garantizar el derecho de los niños a opinar y a ser oídos, cuestión que en la práctica no se avala, puntualmente en la elaboración de los diagnósticos. Las posibles consecuencias de los diagnósticos descriptivos se establecerán como un modo factible de privación de la libertad plena de los niños, ya que como plantean Consetti y Lucero (2015):

... “sí bien no se los coloca en un espacio físico del cual no puedan retirarse, los ubica en una posición simbólica de inmovilidad y donde su padecimiento subjetivo es entendido como un estado inmodificable. Esto ocurre debido al encasillamiento de los sujetos en categorías fijas preestablecidas que rotulan su sufrimiento y los demás aspectos de su vida”. (Consetti y Lucero, 2015:96)

Si bien la Convención Internacional de los Derechos del Niño, como la Ley de Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes 26.061/05 establecen que los niños deben ser oídos, refiere asiduamente a los procesos judiciales, pero de todos modos se constituye en un precedente en relación con la ubicación del niño como sujeto de derecho. ¿Qué es escuchar a un niño, entonces, en el proceso del cuidado de su salud? Según lo planteado por Stolkiner (2013), es fundamentalmente "hospedarlo"¹⁹ en su singularidad, y tener en cuenta que la voz de los padres no necesariamente es la de ellos, significa reconocer su manera de producción de sentido. "Hospedarlo entonces, sometiéndonos al hecho de que su desamparo interpela el nuestro" (Stolkiner, 2013: 46).

Así mismo, la Ley 9.944/11 de Promoción y Protección integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes de la Provincia de Córdoba, establece que los niños deben ser oídos cualquiera sea la forma en que se manifiesten. Esta propuesta resulta interesante porque hace hincapié en considerar que, ya sea la hiperactividad y el déficit atencional, por ejemplo, es lo visible lo que se manifiesta de alguna problemática de mayor nivel que oculta de algún modo el sufrimiento psíquico, de esta manera no se consideran a los síntomas como patologías, sino como medios a través de la cual los niños se expresan y dan a conocer lo que les sucede, reconocerlo así permite no caer en reduccionismos, no posicionarlos como problemas.

En el año 2014 el Ministerio de Educación, en conjunto con el Ministerio de Salud y Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud mental y Adicciones - CoNISMA-, elevaron un acta con pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos a partir de problemáticas del ámbito escolar, dirigidas a agentes del sistema de salud, equipos de orientación, gabinetes

¹⁹ “la hospitalidad se ofrece, o no se ofrece, al extranjero, a lo extranjero, a lo otro. Y lo otro, en la medida misma en que es lo otro nos cuestiona, nos pregunta. Nos cuestiona en nuestros supuestos saberes, en nuestras certezas, en nuestras legalidades (...) amparamos, pues, a lo otro, al otro, lo alojamos, hospitalariamente lo hospedamos, y eso otro, ese otro, ahora por nosotros amparados, nos pregunta, nos confronta con ese, ahora, nuestro desamparo”. (Derrida y Duformantelie; 2000:7-8.)

psicopedagógicos, docentes y comunidad educativa en general. Se plantea que se observa con preocupación, por un lado una tendencia creciente a abordar problemáticas que se originan en el ámbito escolar a partir de la elaboración de diagnósticos de salud mental teniendo en cuenta solo algunos indicadores comportamentales, en consecuencia prescripción de medicamentos e indicación inoportuna de certificados de discapacidad; y por otro lado, que el Mercado asume modos de proliferación en la intervención sobre la infancia y adolescencia, vulnerando la perspectiva de derechos.

En efecto CoNISMA establece, con respecto al uso inapropiado de diagnósticos:

- Problemas en el rendimiento o en el comportamiento escolar no equivalen necesariamente a un diagnóstico;
- No se debe reducir la complejidad de un problema a una única perspectiva;
- Un diagnóstico sintomático puede ocultar problemáticas como abuso, violencia, conflictos, duelos, entre otros;
- La escuela debe trabajar en red con otros recursos;
- Un diagnóstico puede resultar estigmatizante;
- Es preciso generar espacios de escucha;
- Evitar nomenclaturas homogeneizantes;
- Los niñas, niños y adolescentes²⁰ -NNyA-son sujetos en desarrollo;
- Miramiento por la interculturalidad;
- Un diagnóstico es más que la simple aplicación de un test;
- Los docentes no están habilitados a llenar planillas no oficiales que se utilicen para hacer diagnósticos en salud mental;
- En caso de ser necesario, se deben utilizar clasificaciones oficiales.

Con respecto a la medicación y tratamientos:

- No se puede utilizar medicación para suplir apoyos de otro tipo;
- No se puede condicionar la permanencia en la escuela a la realización de tratamientos;

²⁰ En adelante “NNyA”

- Confidencialidad;
- Tener en cuenta la opinión de los NNyA;
- Apostar a la construcción de abordajes pedagógico-escolares inclusivos.

Así mismo, pretende que se tengan en cuenta ciertas leyes y sanciones, por ejemplo, el Decreto 603/13, Art. 37. se establece que, la Superintendencia de servicios de salud en conjunto con la Autoridad de Aplicación, deberán controlar que se garantice la cobertura en salud mental de los afiliados a Obras Sociales. Por lo tanto, se deberá adecuar la cobertura del Programa Médico Obligatorio -PMO- por medio de dispositivos, insumos o prácticas en salud mental. Para acceder a dicha cobertura no será exigible certificación de discapacidad. De este modo, también lo plantea la Convención Internacional de los Derechos de los Niños, en el Art. 75, inc. 22., en relación con NNyA que requieran prestaciones especiales, los mismos deberían ser incluidos en Proyectos de Integración Escolar, cuando así lo requieran sin necesidad de portar un "Certificado de Discapacidad".

En relación con la prescripción de medicación, la Ley 26.657/10, en el Art.12. establece que la medicación solo deberá responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros o para suplir el acompañamiento terapéutico o cuidado. A su vez, el Decreto Reglamentario 603/13: la prescripción de psicofármacos debe realizarse siguiendo las normas internacionales aceptadas por los consensos médicos para su uso racional, en el marco de los abordajes interdisciplinarios que correspondan a cada caso.

Ante lo planteado por las diversas leyes citadas, que promulgan y protegen los derechos de NNyA, y frente a las pautas o decretos establecidos, es que nos cuestionamos si realmente cada uno de sus artículos y pautas son contemplados en la realidad, en la práctica de cada persona encargada del cuidado de NNyA.

Sin embargo, el 4 de noviembre de 2016 se publicó el texto completo de la Ley Nacional 27.306/16 sobre Dificultades Específicas del Aprendizaje -DEA-, declárase de interés nacional el abordaje integral e interdisciplinario de los sujetos que presentan dificultades específicas del aprendizaje; la cual posee como objetivo garantizar el derecho a la educación de los niños/as, adolescentes y adultos que presentan dificultades específicas del aprendizaje. Además, posee como de sumo interés la

formación profesional en la detección temprana de dichas dificultades, su consiguiente diagnóstico y tratamiento, su respectiva difusión y acceso a las prestaciones.

Al respecto Malti (2017) plantea que:

... “pueden tornarse un gran perjuicio para los niños que sean ligeros y masivamente diagnosticados con supuestas patologías como la dislexia, la discalculia y la disortografía. De este modo, se los rotularía con etiquetas que, lejos de alojarlos y respetarlos como sujetos de derecho, podrían estigmatizarlos y excluirlos de una escuela para todos”. (Malti, 2017:130)

A su vez, en el Art.3. del Ministerio de Educación de la Nación, se visualiza la concepción de dificultades de aprendizaje:

“Se entiende por Dificultades Específicas del Aprendizaje -DEA- a las alteraciones de base neurobiológica, que afectan los procesos cognitivos relacionados con el lenguaje, la lectura, la escritura y/o el cálculo matemático, con implicaciones significativas, leves, moderadas o graves en el ámbito escolar”. (Boletín Oficial del Ministerio de Educación de la Nación, 2016:2)

Por otra parte, en el marco de la iniciativa que da lugar a la ley elevada al presidente de la Nación frente a su aprobación, se afirma que las dificultades específicas en el aprendizaje no serían el resultado de una discapacidad sensorial, física, psíquica, motora o intelectual. Tampoco serían debidas a causas externas como las diferencias culturales, la instrucción inadecuada, ni a las condiciones socioeconómicas. Es así como, se plantea que la dificultad es intrínseca a la persona, por su base neurobiológica. Aunque puedan coexistir con ellas, no tienen relación de causalidad.

En el diario InfoBaires24, como también en otros, se publicó la aprobación de la polémica Ley de Dislexia, la cual fue casi por unanimidad parlamentaria. La misma ha sido impulsada por la Fundación del Instituto de Neurología Cognitiva-INECO- del neurólogo Manes y conllevaría a importantes negociaciones con otras fundaciones de la línea cognitiva-conductual. Sumado a esto, se plantea capacitar a docentes con la finalidad de que, a partir de la detección de indicadores, elaboren diagnósticos precoces de dislexia en las instituciones escolares.

En concordancia con el escrito de Borches (2016), la mencionada ley presenta contradicciones en relación con las leyes nacionales de Educación, Salud Mental y de Protección Integral de los Derechos de la Niñas, Niños y Adolescentes, desde su base

biologicista donde el abordaje de las problemáticas no tiene en cuenta el contexto social, cultural, económico en el que se sitúan los niños.

Como antecedente, en el año 2014, la Cámara de Diputados de la Nación votó el proyecto de “Ley Integral de Trastornos del Espectro Autista -TEA-” o “Ley Integral de Autismo”, - Ley Nacional 27.043/14 - el cual fue promulgado por la organización TGD Padres TEA, con el aval del Senador Doc. Fernández desde el año 2012 y la participación conjunta de profesionales de la Dirección de Maternidad e Infancia y del Hospital Garrahan. El proyecto contó con el apoyo del Ministerio de Salud, la Sociedad Argentina de Pediatría, la Sociedad de Neurología Infantil y la Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Esta Ley toma como premisa principal la necesidad de un abordaje integral e interdisciplinario de los TEA, focalizando el interés en la investigación, docencia, pesquisa, detección temprana, diagnóstico y tratamiento, determinando a su vez las prestaciones necesarias, realizando estadísticas y estudios epidemiológicos, campañas de difusión y formación de los recursos humanos necesarios. A la vez, obliga a todos los agentes de salud -obras sociales, empresas de medicina prepaga como todas las organizaciones de la seguridad social- a brindar prestaciones necesarias para la pesquisa, la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista -TEA-.

Por otro lado, ese mismo año, el Forum Infancias Argentina declara su rechazo frente a la sanción de “leyes por patologías” que se oponen a los nuevos paradigmas internacionales en salud mental y las recomendaciones de la OMS enunciados anteriormente en la Ley Nacional de Salud Mental -Ley N.º 26.657/10- y la Ley de Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes -Ley N.º 26.601/05-.

Los miembros integrantes del Forum Infancias, consideran que los derechos resguardados en las leyes citadas deberían garantizar la cobertura asistencial integral de quienes deben ser considerados “sujetos de derecho” por el sólo hecho de ser una niña, niño o adolescente, atención que no debería estar condicionada a la “certificación de discapacidad”, derivada de “diagnósticos” que en realidad se reducen a “evaluaciones protocolizadas”, a partir de la cuales se los rotula y clasifica, identificándolos por el nombre de un determinado “Trastorno Mental” propuesto por manuales descriptivos estadísticos.

Es entonces que, no cuestionamos que existen personas con enfermedades reales, cuyas deficiencias podrían estar alterando su desarrollo cognitivo, motor, sensorial, pero reconocemos a niños normales y saludables que presentan comportamientos y formas de aprendizajes distintas. A partir de esto nos preguntamos, ¿Por qué es necesario transformar esas conductas en enfermedades? ¿Por qué es necesario nominarlas y sancionar una ley para acceder a un tratamiento integral? ¿Por qué consideran importante que los docentes se capaciten para detectar este supuesto “trastorno” en el aprendizaje, sin recurrir a profesionales competentes y éticamente responsables? ¿Desde qué concepciones de dificultad se aborda a la infancia actualmente? ¿A qué intereses responde?

III-b El lugar de la escuela

Consideramos significativo comenzar este apartado haciendo referencia a las instituciones sociales, que tienen como objetivo brindar respuesta a las necesidades de una sociedad. Szyber (2017) concibe las instituciones como mediadoras que permiten encuentros, donde se aprende a ser y estar, en un momento social e histórico determinado que pretenderá incluir a todos los sujetos.

Puntualmente, la escuela como institución social debería, no solo ser agente de protección y oportunidad, sino que además es de su incumbencia generar prácticas facilitadoras de producción de subjetividad y construcción de aprendizaje. Es por este motivo, que la escuela tiene un lugar esencial en la vida de los niños al ser parte de su ámbito cotidiano y por constituirse también en uno de los lugares primordiales por donde transcurre su infancia y se constituye como sujeto.

Históricamente, Miguez (2015) afirma que nuestro sistema educativo, surge del modelo europeo del S XIX, el cual tenía como fin “civilizar” a la sociedad de la época y homogeneizar las diferencias culturales existentes, apostando al “progreso” a partir de la educación de la población. En relación directa con esto, se deriva la idea proveniente de Foucault (1986) sobre la concepción de la escuela como dispositivo de disciplinamiento y normalizador de las conductas, en el sentido de la disposición de los cuerpos en las aulas, frente a un docente que dicta e imparte el orden, el horario cronometrado de las actividades pedagógicas y lúdicas como formas de lograr el control y disciplinar a los sujetos.

Actualmente, los niños se encuentran en las escuelas frente a un modelo educacional que se reproduce desde tiempos remotos, así se genera un interjuego de escenarios entre lo actual y lo que fue, respecto de la educación al decir de Szyber (2017). Y el objetivo sería producir prácticas superadoras que le permitan a la escuela ocupar su lugar como transmisora intergeneracional, que también les otorga un lugar a los sujetos. No obstante, es válido aclarar que en muchas ocasiones este objetivo no se cumple, lo cual queda plasmado en los aprendizajes no obtenidos, abandono, repitencias, en síntesis, el fracaso escolar.

Como consecuencia de ello, Korinfeld (2005) considera que todo lo que se observe como inadaptación escolar puede correr el riesgo de ser reconocido como una disfunción meramente individual o enfermedad, lo cual genera la disposición de técnicas de tipo médico psicológicas y/o médico químicas para una supuesta readaptación.

En palabras de Szyber, G (2017):

“Como restos de una sociedad, niños y jóvenes son expulsados de un sistema que tiene, paradójicamente, desde hace unas décadas, la inclusión educativa como uno de sus fundamentos primordiales”. (Szyber, 2017:154)

Sabemos que las escuelas son instituciones complejas, que se construyen ya sea desde adentro como desde afuera y sin duda atravesada por la sociedad. Otro punto que se debe tener en cuenta es que las infancias se han pluralizado y ante esto, la escuela no sabe cómo actuar y es así como la inclusión, la diversidad pasan a ser solo un reglamento.

“Los niños son "adultizados", enmarcados dentro de una sociedad que busca satisfacción, a merced de un superyó cultural que exige placer inmediato, en un intercambio permanente con otro siempre a nuestro alcance, pero como dice Foucault, en una cercanía sin contacto” (Szyber, 2017:156)

En esta misma línea de pensamiento, Rojas (2004) argumenta que en estos tiempos que corren se crea un culto de un niño autónomo, independiente, adultizado, que esta “capacitado” para tomar sus propias decisiones. En relación a ello, también se espera que el niño aprenda de manera rápida y amplia, que tenga éxito sin ninguna conflictiva y eficiencia al máximo, a la misma velocidad que la época delimita.

La escuela como institución se aboca a la producción y reproducción de un alumno ideal, propiciando el medio para la homogeneidad. Las prácticas se fundan en

el sostenimiento de una infancia normalizada y esto supone que los alumnos transcurren por caminos uniformes y así evaluando lo que se desvía o retrasa de lo esperado.

De este modo, cabe preguntarse si la escuela como institución ¿puede alojar lo diferente? Debido a que se constituye como un dispositivo que pretende homogeneizar ¿Está preparada para abordar la diversidad? La escuela posee aun la idea de "todos aprenden de la misma manera y al mismo tiempo", si se considera la igualdad como sinónimo de homogeneidad, se va a pretender que se sostenga la idea que busca "todos lo mismo y al mismo tiempo". Ya que la "diferencia" ocupa el lugar de problema y por lo tanto, es pensada como anormalidad lo que conduce a diagnosticar, reeducar, medicalizar, normalizar, excluir y descartar.

Es visible como en los últimos años, cada vez hay más niños que no se adaptan a lo esperable y padres desesperados porque sus hijos no logran lo que otros niños si, por lo tanto, necesitan un mayor apoyo por parte de los profesionales y de la institución escolar. Así mismo, la escuela se encuentra colapsada por demandas de diversas índoles y tampoco está preparada para alojar la diversidad, como dice Untoiglich "*a pesar de que las directrices ministeriales, al menos en Argentina, así lo indican*". (Untoiglich, 2013:215)

Con respecto a este tema, la Ley 26.206/06 de Educación Nacional afirma como uno de los objetivos y fines de la política educativa:

"Garantizar la inclusión educativa a través de políticas universales y de estrategias pedagógicas y de asignación de recursos que otorguen prioridad a los sectores más desfavorecidos de la sociedad". (Ley de Educación Nacional, 2006:2)

Actualmente, el discurso de la inclusión educativa se fue ampliando y generalizando, reflejándose en normativas y declaraciones que guían los sistemas escolares. A pesar de ello, el término inclusión es un concepto polisémico, es decir, que es correcto políticamente pero que cuando se enuncia, no refiere el mismo significado para todas las personas. Es entonces, como sigue siendo una práctica cotidiana de las escuelas el hecho de homologar el sentido de la inclusión con el de integración educativa. Se ha pasado del alumno "integrado" al alumno "incluido", como así también en un pasado se hablaba de alumno "con discapacidad" ahora se enuncia al alumno "con necesidades educativas especiales".

En palabras de Iguacel (2008):

“Si bien se habla de lograr escuelas inclusivas, la mirada está puesta en cómo hacer para lograr que las personas excepcionales por cuestiones físicas, mentales, sociales, económicas, raciales, etc., se transformen y participen del currículo (de la misma forma que el resto). En síntesis, de cómo integrarlas, no de como modificar el contexto escolar para no excluir a ningún alumno o alumna”. (Iguacel, 2008:35)

Es la escuela la institución que debería representar la sociedad y albergar al niño, pero ¿qué es lo que ocurre cuando el niño no logra adaptarse a lo esperable? ¿Dónde se ubica al niño?

En este sentido, Rodulfo (2008) alude a la patologización de las diferencias sobre todo en el territorio escolar, el cual resulta fecundo y permite el desenvolvimiento de este fenómeno. La idea que se promulga es la de "adaptarse" a la sociedad. Así, la patologización de las conductas de las personas, sobre todo en el ámbito escolar, es el medio para esa "adaptación". La patologización de la educación se desenvuelve en un marco de una transformación ficticia de problemas que surgen en el entorno escolar y son llevados al espacio médico. Sin duda existe una transposición del modelo médico a la educación.

En cuanto a las tendencias que apuntan a la patologización de las infancias, Untoiglich (2013) plantea que las mismas son originadas por la medicina, la psicología como también las escuelas, las cuales son ámbitos posibles para la patologización, específicamente cuando el fracaso de un niño en su contexto educativo se comprende solamente desde un diagnóstico de base genética, sin tener presente la complejidad que origina dicho fracaso. Se suma a ello, la cuestión de que los niños pasan muchas horas escolarizados y que el ingreso a la vida en la escuela se realiza a edades cada vez más tempranas.

Al parecer la escuela necesita niños que se comporten, que sean tranquilos, atentos, buenos alumnos, disciplinados, pero estos niños ya casi que no existen, aun así, los niños que no se ajustan, no necesariamente son patológicos, puede que estén atravesando una situación difícil, un duelo, lo que requeriría un acompañamiento y no un rótulo o etiqueta.

Coincidimos con Kuitca (2013) cuando plantea que no existe una única manera de aprender, de jugar o de vincularse con otros, de expresarse, entonces ¿por qué se

insiste en unificar? Correspondería a esto un cambio de paradigma, pensar la igualdad como equidad y no como homogeneidad, reconfigurar los formatos escolares, para propiciar la inclusión, desde la imaginación y creación de diversos modos de enseñar, dando lugar a la singularidad ya sea de los niños, docentes, autoridades, familias y todo aquel actor involucrado en la educación.

Referencias bibliográficas

- **Bottini, M.** (2012). "Subjetividad contemporánea y efectos en la estructuración psíquica: los fenómenos de desligadura". Tesis de Doctorado. Madrid.
- **Bleichmar, S.** (2005). La subjetividad en riesgo. Editorial Topía.
- **Calzetta, J.J.** (2011). Producción de Subjetividad y Constitución Psíquica: lo que permanece y lo que cambia a través de la historia. Publicado en: Revista Universitaria de Psicoanálisis, Año 2011, Vol. 11. (Pág. 43-55), Buenos Aires, Facultad de Psicología, UBA, ISSN 1515-3894.
- **Consetti, A & Lucero, M.** (2015). *Derivación escolar y construcción diagnóstica en psicopedagogía*. Tesis de grado. UNRC, Río Cuarto.
- **Dueñas, G.** (2012). En Trabajo Final de Grado. Pérez, C. Diagnósticos y psicofármacos en las infancias escolarizadas: Estudios de casos en la ciudad de Maldonado, una mirada desde las redes sociales (2014).
- **Forum Infancias.** (2012). Medicalización de la vida y las infancias. En La Patologización de la infancia II. *Problemas e intervenciones en la clínica*. (Pág. 35-41).
- **Iguacel, S.** (2014). Los diagnósticos en la escuela, los profesionales de apoyo y la inclusión educativa. ¿Una relación compleja o riesgosa? Revista Temas de Educación.
- **Janin, B.** (2011). El sufrimiento psíquico en los niños. Patologización infantil y constitución subjetiva. Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Kraft & Furlong.** (2006). En "Psicología y Salud Pública". Saforcada, E et al. 2010. Tramas sociales 59. Paidós. Buenos Aires. Argentina. (Pág. 72).
- **Malti, V.** (2017) Dificultades para aprender a leer y a escribir. Lo que oculta la etiqueta "dislexia". En Dislexia y dificultades de aprendizaje. (Pág. 130). Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Szyber.** (2017). La escuela y las marcas de la época. En "*Dislexia y dificultades de aprendizaje*". Janin, B et al. (Comp) (Pág. 153-164). Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Untoiglich, G.** (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz*. Buenos Aires. Editorial Noveduc.

Fuentes electrónicas

- Bleichmar, S. Extraído de: <http://www.serfamiliarporadopcion.org/index.php/lecturas-para-compartir/19-las-marcas-de-la-historia-dra-silvia-bleichmar-#.WUxWy2iGPIU>
Consultado (22/06/2017)
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo. Pág. 4. Disponible en:
<http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>. Consultado (08/08/2017)
- Galende, 2012. Salud mental y comunidad. N° 2. Disponible en:
<http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-2.pdf> Consultado (23/06/2017).
- Ley Nacional 26.061/05 de Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes. Título II: Principios, Derechos y Garantías. Artículo 19. Pág. 7 Disponible en:
https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_los_Derechos_de_las_Ninas_y_Adolescentes_Argentina.pdf. Consultado (08/08/2017)
- Ley Nacional 27.306/16. Dificultades Específicas de Aprendizaje -DEA-. Disponible en:
<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=27889> Consultado: (10/08/2017)
- Ley Nacional 27.043/14. Trastornos del Espectro Autista -TEA-. Disponible en:
<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=24085#> Consultado: (10/08/2017)
- Ley Nacional de Salud Mental 26.657/10. Disponible en:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm> Consultado: (10/08/2017)
- Orschanski, E: “Las nuevas infancias”. Disponible en:
https://www.youtube.com/watch?v=m_Ygj0pB-QM Consultado (21/06/2017)

Capítulo IV

Material y método de investigación



Capítulo IV

Material y método de investigación

*Cuando sea grande quiero haber sido un niño feliz.
Ferreiro, E.*

En este apartado se hará referencia al método utilizado para esta investigación cualitativa de tipo descriptiva e interpretativa. La muestra está conformada por 10 profesionales expertos del ámbito de la salud y la educación; 2 Médicos, 5 Lic. en Psicología, 2 Lic. en Psicopedagogía y 1 Lic. en Ciencias de la Educación.

El instrumento utilizado para recoger los datos necesarios fue una entrevista semi-estructurada, ya que nos permitió en ciertas ocasiones, repreguntar o realizar otras preguntas que no estaban estipuladas en el modelo de entrevista.

El análisis de datos fue abordado de manera cualitativa cediendo el espacio para conocer profundamente acerca de la problemática investigada. Para dicho análisis y de acuerdo con las entrevistas realizadas a los profesionales, se utilizarán las siguientes nominaciones:

González, Liliana: P1

Orschanski, Enrique: M1

Filidoro, Norma: C1

Tallis, Jaime: N1

Cantú, Gustavo: Ps1

Fusca, Carmen: P2

Tollo, Miguel: Ps2

Morici, Silvia: Ps3

Dueñas, Gabriela: Ps4

Vasen, Juan: Ps5

Diseño de investigación

El diseño metodológico es descriptivo-exploratorio y se estructura del siguiente modo: al comienzo se presenta el contexto conceptual y el marco teórico propiamente dicho, que dan lugar a la fundamentación del tema a tratar. La elección del tema, como se planteó al comienzo, se debió al interés que nos generaron los avances recientes desde la perspectiva psicoanalítica, considerando los aportes freudianos y post-freudianos referidos a la problemática del acceso al conocimiento y a los procesos de simbolización. Este eje temático que guió nuestra investigación se encuentra en estrecha relación con los problemas de acceso al estar/permanecer en la Escuela. Elegimos este tema porque en la actualidad hay una creciente tendencia a construir diagnósticos apelando solo a la mera descripción conductual a partir de clasificaciones de manual, como una especie de catálogo de síntomas, que deja de lado las determinaciones históricas y sociales, intra e intersubjetivas del sufrimiento psíquico.

Consideramos que es un tema de relevancia social y académica porque nos permite, como futuras profesionales, ampliar la mirada sobre la infancia e invitar a profesionales y colegas a reflexionar acerca de sus praxis para con la infancia y alertar acerca de los crecientes fenómenos de patologización y medicalización que atentan contra los niños y sus derechos.

Es importante e interesante el abordaje de este tema desde diferentes disciplinas que trabajan conjuntamente y profesionales que se abocan a investigaciones exhaustivas de temas referidos a la infancia, desde sus variables de diagnósticos, patologización y medicalización, como también fundaciones y grupos que buscan proteger la infancia de los avatares actuales.

El encuadre teórico conceptual se basa en nociones acerca de diagnósticos, modalidades descriptivas y explicativas, los fenómenos actuales de patologización y medicalización, la importancia de la constitución subjetiva y psíquica, las políticas públicas y leyes que incumben a la infancia y el lugar de la escuela como institución social.

Nuestra hipótesis se centró en la estrecha vinculación existente entre las nuevas modalidades de construcción diagnóstica y los llamados fenómenos de patologización y medicalización de la infancia, con el consecuente aumento de prescripción de medicamentos que benefician al mercado de la industria farmacéutica. Para lograr corroborar o refutar dicha hipótesis nos planteamos determinados objetivos.

Los objetivos de esta investigación se constituyeron como puntos de referencia, el objetivo general sería el de reflexionar acerca de la relación entre la construcción diagnóstica y los fenómenos de patologización y medicalización en la infancia; y los objetivos específicos, en primer lugar investigar las formas de diagnosticar desde diferentes paradigmas, en segundo lugar caracterizar los fenómenos actuales de patologización y medicalización, y generar una mirada crítico-reflexiva en torno a las futuras intervenciones desde el rol psicopedagógico.

Teniendo en cuenta los objetivos mencionados, ejecutamos el análisis de los datos a partir de una entrevista semi-estructurada realizada a los profesionales expertos en el tema a investigar, el cual se estructuró desde dos ejes: eje I diagnóstico y eje II patologización y medicalización, con sus indicadores pertinentes.

Finalmente se expusieron las conclusiones a las cuales se arribó y posibles puntos de discusión para una futura investigación o continuación de la misma. Junto con una innovadora propuesta psicopedagógica elaborada a partir de lo indagado y acorde a uno de los objetivos planteados.

Modelo de entrevista

Quando se consulta por un niño ¿Cuáles son los motivos de consulta predominantes en la actualidad?

¿Qué es diagnosticar? ¿Cómo define la construcción de un diagnóstico en la infancia?

¿Considera importante elaborar el diagnóstico interdisciplinariamente? ¿Por qué?

¿Qué consideraciones le merece la idea de un diagnóstico precoz? En este sentido, ¿cómo entiende las tensiones producidas entre intervenir tempranamente en pos de prevenir y los riesgos de “patologizar tempranamente”?

¿Cuándo considera que la medicación es necesaria y cuándo se transforma en medicalización? ¿Qué implicancias acarrea medicar a un niño?

Según su parecer ¿qué factores producen efectos de patologización y medicalización de la infancia?

¿Cuál es el papel de la escuela en los fenómenos de patologización y medicalización de la infancia?

Entrevista n°1: Lic. en Psicopedagogía. Liliana González

La siguiente entrevista tuvo lugar en un espacio público de la ciudad de Río Cuarto, en el marco de una jornada organizada por un instituto privado de la ciudad, en el mes de mayo de 2017. Siguiendo el modelo de entrevista establecido, la duración de la misma fue de 10 minutos aproximados. Para el análisis se utilizó la nominación -P1-.

- ¿Cuándo se consulta por un niño? ¿Cuáles son los motivos de consulta predominantes en la actualidad?

En Psicopedagogía las problemáticas de lectoescritura sobre todo a la resistencia a leer y a escribir y problemáticas emocionales del orden de la no socialización, no tener amigos, dificultades para jugar...

- ¿Qué es diagnosticar? ¿Cómo define la construcción de un diagnóstico en la infancia?

Los diagnósticos en la infancia como dicen algunos autores se escriben con lápiz... Yo ya pasé la etapa de hacer un diagnóstico, una devolución y un tratamiento, yo me pongo en actitud de terapéutica desde el primer día y voy viendo, y la verdad que las primeras hipótesis diagnósticas se van cambiando en el transcurso del tratamiento, antes de poner un rótulo viste tiene que pasar muchísimo tiempo, para mí un diagnóstico hoy va junto con lo terapéutico, sí.

- ¿Considera importante elaborar el diagnóstico interdisciplinariamente? ¿Por qué?

A veces sí, a veces no hace falta, si la problemática está solamente en la escuela... ahora si ésta problemática en la escuela empezó cuando nació y le faltó oxígeno, los padres se separaron cuando era chiquito, eh bueno hay que poner por supuesto interdisciplina, pero no siempre hace falta.

- ¿Qué consideraciones le merece la idea de un diagnóstico precoz?

Y la idea del diagnóstico precoz si no es rotulante está buenísimo, porque por ejemplo si vos te das cuenta de un autismo en sus primeros momentos hay muchas más posibilidades de recuperar algo de esa estructura psíquica que, si te das cuenta a los tres años, eh...pero siempre y cuando no sea rótulo, o sea si es una mirada inteligente sobre un niño que vos te das cuenta de muy chiquitito que le está pasando algo, mientras antes intervengas mejor.

- En este sentido, ¿cómo entiende las tensiones producidas entre intervenir tempranamente en pos de prevenir y los riesgos de “patologizar tempranamente”?

Y bueno es la conducta del profesional, la ética del profesional... Yo recomiendo a los psicopedagogos que se dejen atravesar por la ética del Psicoanálisis, porque eso significa que... estás mirando a un sujeto único e irrepetible que tiene muchas chances, muchas chances de salir de lo que le está pasando y que un rótulo viste o una medicalización en general lo que hace es poner un chaleco ahí químico, que hace que dejes de mirar y dejes de escuchar.

- **¿Cuándo considera que la medicación es necesaria y cuándo se transforma en medicalización?**

La medicalización es cuando inventas un síndrome para darle a un niño una pastilla, la medicación es cuando está el síntoma comprobado neurológicamente ¿sí? Y ahí hace falta una pastilla. Por ejemplo, un hiperactivo que pone en riesgo su vida permanentemente, que se sube a los árboles, que cruza la calle sin mirar, que se sube a los techos, es un chico que hay que frenarle un poco el cuerpo para después... Pero nunca sólo la pastilla, aunque sea medicación, o sea absolutamente una epilepsia, por ejemplo, nunca sólo la pastilla. El epiléptico también tiene que estar medicado, pero tiene que tener un abordaje psicológico y psicopedagógico para temperar todo lo que significa tener esa enfermedad.

- **¿Qué implicancias acarrea medicar a un niño?**

Primero considerarlo enfermo y no lo es fundamentalmente, situarlo como enfermo cuando a lo mejor el ámbito familiar y el ámbito institucional de su escuela no son convenientes para él, más que nada es esto, es una sepultura en vida ¿viste? Cómo dejar de pensar en él como sujeto para pasar a ser un enfermo ¿no? Ahí le matas la infancia seguro.

- **¿Cuál es el papel de la escuela en los fenómenos de patologización y medicalización de la infancia?**

Y lo que dije recién al terminar la conferencia, me lastima que los maestros crean que ésta es la solución para la infancia, que estén pidiendo medicación para los chicos ¿no? El rol del maestro es pedir entrevistas a los terapeutas que atienden al alumno, hablar con ellos para decir ellos desde qué lugar que no sea seguir sintiéndolo y marcándolo como un enfermo, desde dónde ella puede ayudar.

- **Entonces se podría decir que la escuela puede ayudar a despatologizar la infancia...**

Totalmente, no lo está haciendo, pero podría hacerlo.

- **Y como psicopedagogos, ¿podríamos intervenir sin patologizar?**

Y los psicopedagogos en las instituciones tendrían que tener ese objetivo... Estar en el aula, acompañar al docente, ampliar la mirada del docente, no encerrarse en un aula viste a hacer diagnóstico, que es lo que hacen muchísimos psicopedagogos que no tienen formación institucional ¿no? El lugar del psicopedagogo en la institución es en el aula a la par del docente y de los chicos.

- **Perfecto, bueno eso es todo Liliana, muchísimas gracias.**

Entrevista n°2: Médico Pediatra. Enrique Orschanski

Esta entrevista se desarrolló, en principio, en una jornada educativa llevada a cabo en un espacio público de la ciudad de Río Cuarto, en el mes de mayo de 2017 y luego, debido a escasez de tiempo, se continuó vía e-mail. Para el análisis se utilizó la nominación -M1-.

- Cuando se consulta por un niño ¿Cuáles son los motivos de consulta predominantes en la actualidad?

Por lo menos mi enfoque en pediatría excede lo orgánico, yo creo que la solución de los problemas orgánicos siempre tiene algún componente psicoemocional o afectivo y en esto de los fracasos hay poca tolerancia últimamente, entonces se juzga prematuramente, yo estoy viendo más allá de qué tipo de diagnósticos se sospecha, qué tipo de motivo lleva a la consulta, es la precocidad, "no habla bien" tienen dos años y todavía toma mamadera, no va a hablar bien. Estoy viendo mucho de lo que yo le llamo el síndrome de los brazos vacíos, que no es el síndrome del nido vacío, padres que crían sus bebés y nunca lo dejan de mirar como bebé, nunca lo egresan a ser un niño entonces los chicos hablan mal, se comportan como bebé, se siguen haciendo pis en la cama, usan chupete, usan mamadera. Prolongar rituales de bebé, eso sería para mí algo que incluye toda la preocupación demasiado precoz, por un lado no dejarlos crecer porque el crecimiento de los chicos es el envejecer de ellos y por otro lado la desesperación de que no logran lo que hacen los compañeritos, es contradicción es muy frecuente

- ¿Qué es diagnosticar? ¿Cómo define la construcción de un diagnóstico en la infancia?

Diagnosticar es una hipótesis para mí, no es una lápida, contrario a lo que habitualmente se hace, parece que el camino termina en el diagnóstico. En realidad, es una hipótesis, yo establezco una posibilidad a futuro de que esto puede ser algo que se aproxima, pero la trayectoria de ahí a que busquemos elementos que lo confirmen que lo descarten, que comparen con otros parecidos y es el trayecto que hay que explicarles a los padres. Los padres buscan desesperadamente, son los que más presionan para un diagnóstico conclusivo.

- ¿En muchas ocasiones esta exigencia proviene de las escuelas?

Sí, claro, que lo definan. Entonces el chico deja de ser Mariano para ser ADD, deja de ser Julieta para ser un TGD y eso es despersonalizar. Insistí con esta idea de que sea una hipótesis, yo voy a sospechar que esto ha ocurrido y a partir de acá voy a hacer todo lo posible para discutir mi propio diagnóstico y mi propia hipótesis. Esto es un método científico de investigación, uno propone una hipótesis de trabajo y a partir de ahí pelean contra ella, si esa hipótesis se sostiene a pesar de la pelea fuerte, era verdadera.

**- ¿Considera importante elaborar el diagnóstico interdisciplinariamente?
¿Por qué?**

No concibo otro tipo de diagnóstico, más que inter, transdisciplinario. Porque inter todavía mantiene tabiques, entonces uno detrás de otro va dando su opinión. Transdisciplinariamente significa reunirse y tirarse los pelos entre todos los que tenemos que estar y estoy diciendo todos, los padres, los docentes, los profesionales, los transportistas, los directores, todas las autoridades que tiene que ver y todos los que tienen que ver con la vida del chico. El que cree que hace un diagnóstico solo es un soberbio o se está equivocando mucho o se va a equivocar

- ¿Qué consideraciones le merece la idea de un diagnóstico precoz? En este sentido, ¿cómo entiende las tensiones producidas entre intervenir tempranamente en pos de prevenir y los riesgos de “patologizar tempranamente”?

Yo he expresado que entiendo al diagnóstico como una hipótesis, a partir de la cual todo el proceso -que involucra estudios, evaluaciones profesionales y del propio paciente y su entorno- debe ser orientado a aprobar o rechazar dicha hipótesis.

De acuerdo a este concepto el diagnóstico siempre es precoz, ya que es el comienzo de un camino de investigación. En tal sentido las intervenciones tempranas deben alinearse buscando lo mismo: intentar probar o rebatir.

Patologizar una situación, un paciente o a una familia es justamente lo contrario: considerar un diagnóstico como meta, como decisión definitiva, como “lápida”.

Si se comienza con diagnósticos lapidarios, toda intervención –temprana o tardía- será perjudicial ya que presupone más de lo que investiga.

- ¿Cuándo considera que la medicación es necesaria y cuándo se transforma en medicalización? ¿Qué implicancias acarrea medicar a un niño?

Existen medicamentos que ayudan desde el punto de vista químico a revertir situaciones pasajeras: brotes psicóticos, depresión severa con riesgo de daño o suicidio, violencia extrema con los cercanos.

Las dosis, ajustadas a la edad, peso y condición, podrían asegurar mínimos efectos adversos. La clave en la medicación es singularizar cada situación, sin generalizar por síndromes o enfermedades. Otra condición indispensable al momento de medicar es definir el tiempo y modo de retirada de los medicamentos. Medicalización significa lo opuesto: considerar que todos los niños son iguales, todas las condiciones mentales/emocionales también y que todos deben recibir idéntica medicación y por tiempo indeterminado.

- Según su parecer ¿qué factores producen efectos de patologización y medicalización de la infancia?

Ignorancia médica

Repetición de enfoques sin singularización

Presión de laboratorios productores de medicamentos

Urgencias impostadas por la demanda de familiares, docentes u otras personas vinculadas al niño, que prefieren apagar síntomas que ayudar en su condición particular.

- ¿Cuál es el papel de la escuela en los fenómenos de patologización y medicalización de la infancia?

La escuela es uno de los lugares con mejor perspectiva para identificar aquellos niños con problemas en los que se plantean dilemas diagnósticos. El conocimiento que tienen diversos actores en la escena áulica sobre determinados chicos debería ser parte activa en la confección de diagnósticos (en el sentido de hipótesis), junto con los padres y profesionales médicos.

La escuela no debería ser agente de presión para rotular a los niños con diagnósticos/lápida. No son TEA, TGD o ADD, son niños con nombres, edades y familias particulares que deben ser reconocidos como tales y no los “molestos”, los “raros”, los “tímidos” o diversos apelativos que luego son imposibles de cambiar.

La escuela no debería demandar medicación para conservar la conducta o el orden áulico, ya que de tal forma vulnera todos los derechos del niño como sujeto diverso.

Entrevista N°3: Lic. en Ciencias de la educación. Norma Filidoro

La siguiente entrevista se realizó vía Skype, en el mes de junio de 2017, cuya duración fue de 16 minutos aproximadamente. Para el análisis se utilizó la nominación -C1-.

- Cuando se consulta por un niño ¿Cuáles son los motivos de consulta predominantes en la actualidad?

En la actualidad siguen siendo... no, no han haber... si por ahí se han diversificado diría yo los motivos de consulta y el motivo de consulta en psicopedagogía sigue siendo la dificultad en el aprendizaje y sobre todo en los primeros años, o sea en el primer ciclo, de primero, en primero a tercer grado que es el momento de mayor... en realidad desde preescolar hasta tercer grado es la mayor cantidad de consultas y tiene que ver con que no se alfabetizan.

- ¿Qué es diagnosticar para usted?

Bueno consiste en ubicar cuáles son las barreras y obstáculos para el proceso de aprendizaje, tiene que ver con pensar ahí en términos de haber... ubicar algo de las condiciones de ese niño y también por supuesto algo de la condición contextual, o sea el contexto escolar y el contexto familiar, o sea ubicar aquellas dimensiones que vienen de parte del niño y de parte del contexto escolar y de parte del contexto familiar y social, que hacen de obstáculo en el proceso de aprendizaje, para poder proponer acciones que tiendan a resolver esa situación, o sea de manera que ese niño aprenda todo lo que sea capaz de aprender.

- ¿Cómo define la construcción de un diagnóstico en la infancia?

A ver... A qué se refieren, me pueden explicar un poquito más porque no entiendo a qué se refiere esa pregunta, ¿qué quieren decir con esto?

- Cómo debería ser construido el diagnóstico, es decir teniendo en cuenta qué cuestiones o qué criterios en su elaboración.

A ver teniendo en cuenta lo que les acabo de decir antes, el diagnóstico debiera ser construido con elementos, dimensiones observables que provengan de la condición del niño, del contexto escolar y del contexto social y familiar, o sea necesito ubicar qué le pasa a ese niño en términos de haber... modalidades de aprendizaje, su estructura cognitiva, su subjetividad... Necesito saber cuál es la propuesta educativa, cuáles son las representaciones del docente, la representación de la escuela respecto del aprendizaje y de ese niño en particular y necesito conocer o ubicar u observar respecto de la dinámica familiar, la historia de ese niño. Necesito de elementos de estas tres dimensiones en principio, sí.

- ¿Considera importante elaborar el diagnóstico interdisciplinariamente? ¿Por qué?

A ver... diagnóstico, el diagnóstico de... ¿a qué se refieren? ¿Al diagnóstico psicopedagógico, al diagnóstico en general, a los diagnósticos, a qué se están refiriendo?

- A los diagnósticos más bien en general, hay situaciones o casos que ameritan un trabajo interdisciplinario...

A ver... en términos generales, no dentro del psicopedagógico en sí mismo, sino hablando del diagnóstico en términos generales, debe ser interdisciplinario en el punto en el que a ver... hay justamente una disciplina va construyendo preguntas en relación a la otra y va derivando esas preguntas justamente para ubicar algo de... lo que dentro de una misma disciplina hace obstáculo para poder ayudar y acompañar a un niño ¿sí? Pero bueno, pensar en término de complejidad obliga a que el pensamiento sea interdisciplinario, no hay otra posibilidad.

- ¿Qué consideraciones le merece la idea de un diagnóstico precoz? En este sentido, ¿cómo entiende las tensiones producidas entre intervenir tempranamente en pos de prevenir y los riesgos de “patologizar tempranamente”?

Me parece que la cuestión de los diagnósticos precoces es un riesgo, en este momento altamente riesgoso, yo creo que la idea es la de trabajar en relación a la promoción de la salud y a la prevención, pero sobre todo a la promoción de la salud y no en términos de diagnósticos precoces que terminan ubicando etiquetas tempranas y propiciando enormes negocios en relación a la salud. Me parece que una cosa es dejar pasar una problemática y otra cosa es la de ubicar aquello de lo que es orden de la prevención o lo que se ubica como prevención, ya como un diagnóstico, porque lo que es prevención hoy está pasando a ser un posible diagnóstico, el diagnóstico de la posible dislexia, el diagnóstico del posible problema en el aprendizaje, entonces me parece que la cuestión es trabajar en términos de promoción de la salud y en eso la escuela tiene un lugar central y los psicopedagogos también y no en términos de etiquetamientos tempranos.

- ¿Cuándo considera que la medicación es necesaria y cuándo se transforma en medicalización?

Esa pregunta es imposible de responder en términos generales, solamente puedo saber si una medicación es necesaria si me decís quién es el niño, quién es la familia y qué le pasa, en qué medio vive, qué pide la escuela, qué es lo que él puede hacer y que no... Digo imposible poder responder en términos generales cuando una medicación es necesaria. La necesidad de una medicación es algo que se resuelve en la clínica y no en los manuales, decir cuándo es necesaria, es ubicar de nuevo una cuestión de patrones y medidas. No se puede responder cuándo.

- ¿Qué implicancias acarrea medicar a un niño?

Y dependerá de la situación. Puede ser que la consecuencia sea que ese niño pueda empezar a ser abordado desde un tratamiento que si no sería imposible o puede querer decir el hecho de entrar en una... y ubicar ahí un chaleco de fuerza químico porque la familia está molesta, porque la escuela está molesta. Lo que quiero decir, el sentido, la significación a la consecuencia también se construye ahí, en el encuentro con el otro, en términos políticos ya no clínicos, bueno, ahí sí la consecuencia de medicalizar a los niños, pero esto ya no es en términos de la clínica, más bien en términos políticos. A lo que conlleva es a cada vez una mayor

desatención de la infancia, adjudicando que se resuelve con una pastilla, entonces lleva a una reducción en términos de la promoción de la salud, de la creación o invención de nuevos dispositivos para atender a la diversidad.

- Según su parecer ¿qué factores producen efectos de patologización y medicalización de la infancia?

El factor central es el económico, es el primer factor que produce medicalización. La enorme ganancia que produce, el enorme beneficio económico que esto conlleva para ciertos grupos, no solamente lo que tiene que ver con laboratorios sino también la oferta de tratamientos. Entonces medicalizar y ofertar, hay un mercado de ofertas de tratamientos. Bueno este es el primer factor que genera que haya tantos niños medicalizados, niños etiquetados.

El segundo factor es la ignorancia, propiciada también o acentuada por los medios de comunicación que lo que hacen es divulgar todas estas cuestiones y hacer que los padres terminen demandando algo que creen que es bueno para sus hijos. Para mí son esos dos factores centralmente. Lo que tiene que ver con lo económico en connivencia con los medios de comunicación.

- ¿Cuál es el papel de la escuela en los fenómenos de patologización y medicalización de la infancia?

La escuela es una de las instituciones atravesadas por el discurso hegemónico, la escuela no es la propiciadora de la medicalización, la escuela se haya ella misma atravesada por este fenómeno que la corre del lugar del saber del aprendizaje específico de los niños y la escuela en relación a todo esto es una gran perdedora, porque es sacada del lugar y los docentes corridos de su conocimiento, alguien les dice que es un experto y que sabe lo que le pasa a ese niño y lo que hay que hacer con él. Y después, están las situaciones particulares de cada escuela o de cada docente, pero esto es una cuestión que no tiene que ver con una lectura clínica sino más bien política. La escuela queda barrida de su lugar y su potencia, pierde la potencia de producir cambios en relación a esos niños.

- ¿Cómo considera usted que los psicopedagogos deberían intervenir para no patologizar, para no caer en esto? Muchas veces tal vez se pretende prevenir y se cae en esto.

Si, ahí empecemos por el lugar en el que el psicopedagogo es convocado y cuál es la demanda. En general hay una demanda. Ubicar el diagnóstico en general, quiere decir para las escuelas y para muchas familias poner un nombre, pareciera que, si no hay un nombre, no hay un diagnóstico. Ahí yo creo que el tema tiene que ver con poder devolver algo, el gran problema creo que es el de la formación y que muchos psicopedagogos si no dicen lo que dice un manual a partir de determinadas técnicas, no tienen otra cosa que decir, puntualmente creo que tiene que ver con esto. La primer cuestión es la de la formación, segundo hay que saber pararse en un lugar que es en este momento contrario a un discurso hegemónico y que además es costoso, más bien que no rinde económicamente, entonces es un momento en el que poder decir que no a todo esto y pensar ahí en términos de un sujeto, un niño, una familia pero con conocimiento y solidez para poder orientar a la familia, a la escuela, al docente, ayudar a ese niño a poder aprender, ahí está

el punto. Creo que no medicalizar, no caer en el proceso de medicalización y etiquetamiento y patologización automática, implica en este momento un lugar de resistencia y bueno, y para poder resistir necesitamos el conocimiento, la formación, lo que nos va a dar la absoluta convicción de lo que estamos diciendo, de por qué lo que decimos e ir encontrando los caminos para ayudar a cada uno de esos niños, esos docentes, esas familias.

Entrevista N°4: Médico Neurólogo. Jaime Tallis

Esta entrevista se acordó vía e-mail en el mes de junio de 2017. Para el análisis se utilizó la nominación -N1-.

- Cuando se consulta por un niño ¿Cuáles son los motivos de consulta predominantes en la actualidad?

Trastornos de Lenguaje, Trastornos del aprendizaje, Trastornos del Espectro del Autismo.

- ¿Qué es diagnosticar? ¿Cómo define la construcción de un diagnóstico en la infancia?

Diagnosticar es encontrar las causas de las dificultades del niño. A través de los síntomas y los signos, indagar sus orígenes. Obviamente la mirada del médico debe completarse con las miradas de las otras disciplinas de la salud y el docente.

- ¿Considera importante elaborar el diagnóstico interdisciplinariamente? ¿Por qué?

Está contestada en la anterior. El paradigma de la enfermedad como un cruce de lo biológico, lo psicológico y lo social obliga al trabajo interdisciplinario

- ¿Qué consideraciones le merece la idea de un diagnóstico precoz? En este sentido, ¿cómo entiende las tensiones producidas entre intervenir tempranamente en pos de prevenir y los riesgos de “patologizar tempranamente”?

Depende de la patología, obviamente no me cabe duda que una convulsión requiere medicación; en otras patologías se debe ser más cauto y la tendencia es no medicar a los niños.

- ¿Cuándo considera que la medicación es necesaria y cuándo se transforma en medicalización? ¿Qué implicancias acarrea medicar a un niño?

Hay una presión de la industria farmacéutica tendiente a ello y una complicidad profesional, docentes y padres de buscar el atajo más sencillo. -

- ¿Cuál es el papel de la escuela en los fenómenos de patologización y medicalización de la infancia?

Esa contestada en lo anterior; en general la escuela es expulsora del distinto, la tendencia es uniformar y no atender a la individualidad.

Entrevista N°5: Dr. Psicología. Gustavo Cantú

La entrevista que se expone a continuación fue realizada por medio de e-mail, en el mes de Julio de 2017. Para el análisis se utilizó la nominación -Ps1-.

- **Cuando se consulta por un niño ¿Cuáles son los motivos de consulta predominantes en la actualidad?**
- **¿Qué es diagnosticar? ¿Cómo define la construcción de un diagnóstico en la infancia?**
- **¿Considera importante elaborar el diagnóstico interdisciplinariamente? ¿Por qué?**
- **¿Qué consideraciones le merece la idea de un diagnóstico precoz? En este sentido, ¿cómo entiende las tensiones producidas entre intervenir tempranamente en pos de prevenir y los riesgos de “patologizar tempranamente”?**
- **¿Cuándo considera que la medicación es necesaria y cuándo se transforma en medicalización? ¿Qué implicancias acarrea medicar a un niño?**
- **Según su parecer ¿qué factores producen efectos de patologización y medicalización de la infancia?**
- **¿Cuál es el papel de la escuela en los fenómenos de patologización y medicalización de la infancia?**

El diagnóstico es un proceso que tiene una carga muy particular, porque proviene del discurso médico y en ese sentido se entiende tradicionalmente a partir de un modo clasificatorio, que atribuye al sujeto una categorización que lo incluye como un caso particular, de una clase general y categoriza las diferencias como déficits. Sin embargo, hay otros modos de diagnosticar, que no se centran en lo que el sujeto tiene en común con otros y no concibe las diferencias como déficits sino como singularidades. No se trata de ubicar al sujeto en relación con un parámetro que le es exterior (normas, tablas, baremos, expectativas escolares o sociales), sino de comprender sus formas de funcionamiento psíquico y sus modos de producción simbólica singulares.

En ese sentido, intervenir tempranamente no necesariamente implica patologizar, si se atiende y se entiende a la singularidad de los procesos de cada niño y no por referencia a parámetros centrados en supuestos déficits.

Muchas veces la impulsividad, los desbordes del afecto, la desatención, el opositorismo -como ejemplo de algunos malestares de la niñez y la adolescencia actuales- suelen englobarse en diagnósticos homogeneizadores y preestablecidos (Trastorno de Hiperactividad con o sin Desatención, Trastorno de Opositorismo Desafiante, Trastornos del Espectro Autista, entre otros) que reducen a una lógica individualista y a una etiología neurobiológica (y muchas

veces supuestamente genética) el padecer de un niño, objetivándolo en categorías rígidas y simplificadoras que conducen directamente a la medicalización. Esto es medicalización, cuando se reduce la complejidad de la problemática subjetiva a su supuesta base biológica o neuropsicológica, elidiendo los aspectos subjetivos e histórico-culturales.

La escuela tiene una función insustituible de transmisión de conocimientos y formación de ciudadanos. Por eso tiene un lugar paradójico, puesto que necesita en cierta medida homogeneizar: todos los niños deben ser iguales puesto que, esta igualdad es lo que los instituye como ciudadanos. Pero al mismo tiempo necesita pensar las singularidades, porque de otro modo las propuestas homogeneizantes no pueden ser apropiadas por cada uno de los niños. Si la escuela patologiza las diferencias, si espera que todos los niños aprendan del mismo modo y en el mismo tiempo, las singularidades se pierden y los sujetos no hacen sino responder a propuestas sobreadaptativas.

Entrevista N° 6: Lic. en Psicopedagogía. Carmen Fusca

La siguiente entrevista fue realizada telefónicamente, luego de un consenso vía e-mail en el mes de julio de 2017, su duración fue de 17 minutos aproximadamente. Para el análisis se utilizó la nominación -P2-.

- ¿Cuáles son los motivos de consultas predominantes en la actualidad?

Los motivos de consulta más frecuentes son las dificultades en la lectura y la escritura, y la dispersión, los problemas de atención en la escuela. En el caso de la lectura y la escritura vienen a veces con el rótulo de la supuesta dislexia, papás preocupados porque le dicen en la escuela que tiene dislexia, o algún otro profesional que han consultado. Te diría que, estos son más frecuentes hoy, los que recibo como psicopedagoga.

- ¿Qué es diagnosticar? ¿Cómo define la construcción de un diagnóstico en la infancia?

El diagnóstico es un proceso que se va realizando, incluye la escucha de lo que le pasa al niño. Para mí es muy diferente diagnosticar de clasificar, para mí diagnosticar no es rotular. Se concibe el diagnóstico como un proceso, para saber porque ese niño está sufriendo, o está presentando las dificultades que presenta y sobre todo, para mí el diagnóstico como proceso tiene actores que deben aparecer, no solo el niño, sino la familia, la escuela, el vínculo con el conocimiento por parte del chico, por parte de la familia, y otra cosa que para mí como psicopedagoga es muy importante es la calidad y tipo de propuesta pedagógica, es decir cómo se enseña eso en lo cual el niño está teniendo como dificultad. Concretamente si un niño tiene dificultades para aprender a leer y a escribir, entonces una de las cosas que yo me pregunto, además de las cosas que le pueden estar pasando a ese nene en el contexto familiar, me pregunto cómo se está enseñando en la escuela.

- ¿Considera importante elaborar el diagnóstico interdisciplinariamente? ¿Por qué?

Sí, claro que sí. Muchas veces hace falta la interconsulta. Hay casos muy complejos que requieren la mirada de diversos profesionales. Para mí es importante la mirada del pediatra o del psicólogo, de las personas que trabajan en la escuela, los docentes, la psicopedagoga de la escuela. Si uno entiende el diagnóstico como un proceso complejo, intervienen también miradas diferentes, ¿no?

- ¿Qué consideraciones le merece la idea de un diagnóstico precoz? En este sentido, ¿cómo entiende las tensiones producidas entre intervenir tempranamente en pos de prevenir y los riesgos de “patologizar tempranamente”?

El diagnóstico precoz tiene sus cuestiones necesarias y también peligrosas, uno por supuesto que tiene que estar atento a los indicadores que puedan aparecer tempranamente de trastornos en un niño, pero hay que ver que esos indicadores no se transformen, una cosa es la prevención y otra cosa es que eso se convierta

en una predicción de una patología. ¿Se entiende lo que digo? En el caso del aprendizaje de la lectura y la escritura, hoy se habla mucho de dislexia, habrás escuchado que se sancionó una ley de dislexia donde uno de los puntos de la ley, lamentablemente, es el diagnóstico temprano y eso es muy peligroso, porque ¿cómo vas a diagnosticar una dificultad de lectura en un niño tempranamente cuando todavía no aprendió a leer y escribir?, entonces ahí se arma algo muy dañino, muy iatrogénico, se habla de detección temprana en jardín. Entonces ¿qué significa detectar en el jardín una dificultad de lectura y escritura? Por lo tanto, el diagnóstico temprano tiene sus riesgos, no así la escucha atenta de lo que puede estar pasando con el niño, estar atento con un niño que tiene dificultades en el lenguaje en el jardín, ahí hay que estar atento, ver qué pasa, como se puede ver, hasta donde es una dificultad, hasta donde un proceso esperable. Hay que estar atento a la evolución y desarrollo del niño.

- ¿Cuándo considera que la medicación es necesaria y cuándo se transforma en medicalización? ¿Qué implicancias acarrea medicar a un niño?

Yo creo que hoy hay un fenómeno muy difundido de transformar en patologías cosas que no lo son, me refiero a los procesos de aprendizaje fundamentalmente, muchas de las cosas que les pasan a los chicos que a veces son esperables en el proceso de aprendizaje, hoy son transformadas rápidamente en patologías, ¿no? Un nene que tiene dificultades para alfabetizarse rápidamente es disléxico, y después cuando se patologiza un proceso, aparece enseguida la cuestión neurobiológica y esto lleva a la medicalización, para mí eso es muy peligroso. No digo que no haya niños que en ciertos trastornos necesiten un acompañamiento de una medicación bien dada por un profesional idóneo y como parte de un proceso que no es solo la medicación, la medicación sola no cura, entonces no creo en las medicaciones para ciertos tipos de trastornos, al contrario, creo que más dañan que ayudan.

- Según su parecer ¿qué factores producen efectos de patologización y medicalización de la infancia?

Yo creo que hay factores culturales, de que todo tiene que ser rápido, dar resultados exitosos, entonces se les exige a los niños un ritmo que no todos pueden seguir, hay factores de la misma institución escolar que pretenden con la conducta homogeneizar a todos los niños, cuando un niño se escapa de esa norma se lo mira sospechosamente. Entonces, creo que hay factores institucionales, culturales y hoy factores del mercado, hay una industria enorme detrás de las supuestas patologías, detrás de la dislexia la industria es enorme cada vez se proponen nuevas técnicas de detección, tratamientos para curarla que incluyen equipos tecnológicos, el mercado se va ampliando con instrumentos sofisticados y de ahí a la medicación hay solo un paso, hoy la industria farmacéutica ha arrasado con todo, sino fijate las publicidades que te dicen “para rendir mejor, tomate tal cosa”, complejos vitamínicos para no sentir cansancio y estar mucho más activo. Es impresionante el mercado, la publicidad, la industria, esos son factores que están incidiendo mucho.

- ¿Cuál es el papel de la escuela en los fenómenos de patologización y medicalización de la infancia?

La escuela puede ayudar en el sentido de no patologizar y respetar los procesos de aprendizaje, emocionales involucrados en el aprendizaje o la escuela puede hacerse cómplice de estos procesos de patologización, el sistema escolar a veces tiene una impronta de homogeneizar, de esperar que los niños funcionen todos a un mismo ritmo, por suerte hay muchos docentes con otras miradas que pueden comprender que esto no debe ser así, con propuestas diferentes. Pero la escuela debe ayudar, como teniendo un rol subjetivante o desubjetivante en el proceso de aprendizaje de los chicos.

- Usted como psicopedagoga, ¿Qué propuesta plantearía en esta línea para despatologizar en las escuelas?

La propuesta debe abarcar varias cuestiones, primero la formación docente es fundamental, que los docentes puedan repensar constantemente las prácticas, pensando que hoy los niños son niños diferentes a los de otras décadas, que los niños están en contextos culturales diferentes con fuerte influencia de los dispositivos tecnológicos, entonces no se puede pensar en enseñar cómo se enseñaba hace 10 años, o ni siquiera 10 años atrás. Esto crea para la escuela desafíos, porque la escuela hoy tiene el desafío de enseñar a los niños de este siglo con todo el contexto del video electrónico, niños que se mueven. El desafío más importante es tender un puente, entre lo que la escuela enseña y lo que los chicos viven afuera de la escuela, el desafío de que hoy se abren nuevos caminos de enseñanza por eso digo que la propuesta debería ser un acompañamiento a los docentes, valorados desde su rol y de ahí formarse, y repensar la práctica constantemente. Los desafíos se replantean constantemente.

Entrevista N° 7. Lic. en Psicología. Miguel Tollo

Esta entrevista se logró luego de un acuerdo vía e-mail, en el mes de agosto de 2017. Para el análisis se utilizó la nominación -Ps2-

- ¿Qué es diagnosticar? ¿Cómo define la construcción de un diagnóstico en la infancia?

Precisamente como una construcción. Construcción en la que intervienen diversos factores que son considerados cuando evaluamos el malestar de un niño. Me refiero al vínculo con sus padres y familiares, las instituciones a las que concurre, las condiciones generales del ambiente en el que se cría, lo socioeconómico y cultural, lo biológico. Desde el psicoanálisis, diagnosticar no es encontrar la enfermedad a partir de los síntomas. Solemos metafóricamente usar ese sentido, pero se trata de comprender al malestar como expresión de un conflicto. Esto no significa dejar de considerar los factores intervinientes a los que hacía mención. Pero el psicoanálisis nos enseña que un sujeto se constituye en un mundo simbólico en donde lo vivido, lo experimentado, se inscribe psíquicamente, elaborándose una trama psíquica, un tejido único cuyo código podemos descubrir en el decir de los papás, en su juego, dibujos, en su rostro, el modo como se mueve, sus gestos, sus expresiones, etc. Y entonces, vamos a tratar de entender como ese pequeño sujeto se las ingenia para ir resolviendo su padecimiento con las herramientas psíquicas de las que dispone y lo brindan.

El diagnóstico es un proceso que se va desplegando desde las intervenciones del analista que tienen por finalidad tanto conocer como curar. En el transcurso del tratamiento de un niño pueden pasar muchas cosas, pero esencialmente sabemos en general que crece y se desarrolla, y que lo que ayer resultaba de una manera, hoy ha variado. Aparecen otros recursos o, por el contrario, se deterioran o empeoraron algunas condiciones vinculares. Por eso bien dice Gisela Untoiglich que los diagnósticos en la infancia se escriben con lápiz.

- ¿Considera importante elaborar el diagnóstico interdisciplinariamente? ¿Por qué?

Según lo dicho anteriormente, el diagnóstico es necesariamente interdisciplinario. Las distintas perspectivas enriquecen el conocimiento de lo que le puede estar pasando a un niño. Por eso es importante que ninguna perspectiva pretenda hegemonizar y reducir los fenómenos a una sola explicación. En la infancia no nos manejamos con un diagnóstico de aquí para siempre sino con una presunción, una hipótesis. Dicha hipótesis nos permite intervenir en la clínica de manera que nos acerquemos a lo propio y lo característico de la singularidad de ese sujeto que no admite generalizaciones. Esto no significa de ninguna manera desconocer la importancia de las teorizaciones. Pero una cosa es que yo sepa el concepto de Edipo, de Estadio del Espejo, de una conducta fuera de lo esperable en la edad, y otra es aplicarle un molde, una suerte de lecho de Procusto en el que a partir de determinados rasgos deba entrar en una clasificación. Puedo reconocer en un niño una modalidad psicótica de resolver el encuentro con el otro. Se repliega, se dispersa, no puede sostener el vínculo, falla el procesamiento simbólico de sus experiencias íntimas, etc. Pero su evolución terapéutica dependerá de si puede ir

desplegando cierto juego, en el vincularse con el analista, cuál sea la actitud de los padres, colaborativa o no, de las posibilidades y recursos para acceder a otros apoyos, de la institución a la que concurra, si es integradora o expulsiva, etc.

- ¿Qué consideraciones le merece la idea de un diagnóstico precoz? En este sentido, ¿cómo entiende las tensiones producidas entre intervenir tempranamente en pos de prevenir y los riesgos de “patologizar tempranamente”?

Es fundamental la intervención temprana, pero sin un preconceito que gobierne nuestras intervenciones. Una cosa es que yo identifique signos de un malestar grave, por ejemplo, que pueda ir comprometiendo el desarrollo del niño y otra es definir en qué va a culminar. Si yo antepongo un rótulo en la relación con un niño, el prejuicio y la potencia de ese estigma va a obrar de por sí alterando el vínculo. Puedo ayudar a los padres a comprender determinados comportamientos de su hijo, a anticipar otros, pero el objetivo es lograr un acercamiento y no una objetalización. Porque es fundamental aceptar que los mismos signos en distintos sujetos pueden derivar en diversos resultados.

- ¿Cuándo considera que la medicación es necesaria y cuándo se transforma en medicalización? ¿Qué implicancias acarrea medicar a un niño?

Necesitamos partir de la idea de que la medicalización es una tendencia impuesta en la cultura por el Modelo Médico Hegemónico, que tiende a ir incorporando diversos fenómenos a las explicaciones surgidas de la ciencia médica. Al mismo tiempo se va dando un efecto normatizador por el cual la sociedad incorpora ese conocimiento como una pauta de conducta. Por ejemplo, hace 30 años un chico inquieto era un chico travieso, ahora desde una mirada medicalizante “es un ADD” y “tiene una enfermedad” y entonces digo que algo funciona mal, es un trastorno y hay que corregirlo, volverlo a la normalidad. Entonces, se medicaliza cuando busco dar explicaciones médicas a fenómenos que requieren otras perspectivas para ser comprendidos y explicados. Ahora bien, como resultado de la medicalización se da muchas veces la medicamentación, es decir, en base a inferir una supuesta alteración orgánica (que a veces existe desde luego) considero que un fármaco curará y resolverá el problema o su manifestación (por ejemplo, que atiende o que se quede quieto). En la salud mental se suele asimilar la intervención farmacológica a lo que ocurre con patologías de etiología orgánica. Por ejemplo, una neuróloga le decía a un pacientito cuyos papás preocupados me vinieron a consultar, que en su cabecita “faltaba una gotita” y que debía tomar un medicamento para solucionarlo. Como ocurre, por ejemplo, cuando a un diabético le falta insulina y se le prescribe un medicamento que le provea esa sustancia. De manera análoga si al niño “le falta” un neurotransmisor se le indica tomarlo con una pastilla. En general se obra de manera inversa, es decir, si el medicamento actúa modificando la conducta, entonces lo que faltaba era ese neurotransmisor. Un pensamiento absolutamente falaz que termina rotulando, medicalizando y medicamentando el problema.

La psicofarmacología ayuda mucho y colabora en no pocos casos eficazmente y muchas veces resulta un complemento en las patologías graves. Pero es indispensable trabajar cómo se incluye en la vida del sujeto, tener en cuenta la

evolución y los efectos positivos y negativos que se van produciendo. Y trabajarlo con él o la médica psiquiatra encargada de hacer la evaluación, la indicación y el seguimiento. Voy a un ejemplo. Un paciente con una problemática que podríamos denominar psicótica, con varias internaciones en su adolescencia logra mediante su terapia y la medicación, realizar diversos logros. Termina el secundario, baja considerablemente de peso, comienza a trabajar, realiza actividades deportivas. Pero ¿qué ocurre? La medicación le produce dos efectos que atentan contra sus logros: lo aplacan y está con sueño, lo que pone en riesgo su trabajo, y lo vuelven corporalmente rígido lo que complica su actividad deportiva. Se agrega a esto que, como consecuencia de sus avances ha comenzado a entrar en momentos depresivos ya que cada vez es más consciente de su sufrimiento, de cuánto tiene que ver él con su malestar y lo que ha perdido de vivir. Entonces con la psiquiatra evaluamos la posibilidad de un cambio de medicación de manera que acompañe los avances y no se agrave lo depresivo. Como se ve la interdisciplina debe moverse al compás de la dinámica de cambios del sujeto en tratamiento.

- Según su parecer ¿qué factores producen efectos de patologización y medicalización de la infancia?

Hay diversos factores. Los hay de orden cultural, relativos a las exigencias culturales de plena satisfacción y goce impuestas como relatos cotidianos por los medios de comunicación y la publicidad. La cultura plantea un tipo subjetivo en donde el sufrimiento es algo que está mal y es necesario recurrir a recetas que en un corto plazo o de manera inmediata repare ese “mal funcionamiento”. Desde vitaminas para el cuerpo que se fatiga, hasta los ansiolíticos para no padecer angustias, la cultura ha incorporado los fármacos como un suplemento más para el supuesto buen vivir. Hay factores, desde luego, ligados a intereses económicos que foguean permanentemente líneas de pensamiento e intervenciones profesionales favorables a la medicalización y la patologización. Por ejemplo, en el año 2015 el Forum Infancias debatió en el ámbito del Ministerio de Salud, Maternidad e Infancia, la reglamentación de la lamentablemente sancionada Ley TEA (Trastorno del Espectro Autista), en la que algunas organizaciones y especialistas abogaban por la implementación del M-CHAT. Los autores de la Lista de Verificación para el Autismo en Niños Pequeños Modificada “no la consideran una herramienta de diagnóstico, sino como una herramienta para el clivaje de casos sospechosos” Sin embargo se pretendía utilizarla en una toma a los 18 meses en población general y a pesar de que no constituía una herramienta diagnóstica, terminaría aplicándose como tal, arrojando una cantidad preocupante de falsos positivos, es decir, muchos niños y niñas que cargarían con una patología que no padecen. Hay, por lo tanto, un nivel de discusión a dar en lo científico fundamentando otras maneras de diagnosticar y tratar el padecimiento mental y también la puesta en evidencia de los otros intereses que no pocas veces están detrás de algunas construcciones o pseudo construcciones teóricas.

- ¿Cuál es el papel de la escuela en los fenómenos de patologización y medicalización de la infancia?

Entiendo que el papel de la escuela es crucial. Quienes apuntan a la aplicación de manuales diagnósticos como el DSMV, nomenclatura sumamente cuestionada en

el mundo y en nuestro país, desarrollan campañas de “capacitación” para docentes que en general hacen eje en las neurociencias pero que apuntan a potenciar el papel derivador del docente hacia profesionales que rápidamente medicalizan los malestares escolares. Niños rebeldes, desatentos, hiperactivos, retraídos, etc. que con una suerte de “prediagnóstico” de los docentes llegan derivados a profesionales quienes a veces sin ver al niño indican medicación a sus padres, además de un rótulo diagnóstico que lo justifique.

En 2015 el Ministerio de Salud a partir de una iniciativa de la Comisión Nacional Interministerial de Políticas en Salud Mental y Adicciones y del Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental (organismos creados por la Ley Nacional de Salud Mental 26.657), editaron un documento sobre Pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos a partir de problemáticas del ámbito escolar dirigidas a agentes del sistema de salud, equipos de orientación, gabinetes psicopedagógicos, docentes y comunidad educativa en general.

Entrevista N°8: Lic. en Psicología. Silvia Morici

Esta entrevista se realizó vía email, en el mes de agosto de 2017. Para el análisis utilizaremos la nominación Ps3.

- Cuando se consulta por un niño ¿Cuáles son los motivos de consulta predominantes en la actualidad?

En la actualidad el motivo más frecuente en la consulta psicoanalítica es el de revisar el diagnóstico de niños que ya vienen con pseudo diagnósticos precoces etiquetados. Los más frecuentes son los trastornos del lenguaje, sospecha de autismo, ADD.

- ¿Qué es diagnosticar? ¿Cómo define la construcción de un diagnóstico en la infancia?

El concepto de diagnóstico dependerá de la teoría del profesional tratante. Desde el psicoanálisis, diagnosticar implica escuchar el sufrimiento de un niño, teniendo en cuenta la calidad de sus vínculos, su historia vivencial y transgeneracional, así como su contexto sociocultural.

- ¿Considera importante elaborar el diagnóstico interdisciplinariamente? ¿Por qué?

El diagnóstico en la infancia debe ser realizado interdisciplinariamente ya que las distintas miradas enriquecen el saber sobre un niño. Pero respetando las habilidades profesionales. Eso quiere decir que, sobre todo en patología grave, las disciplinas que están habilitadas para comprender su psicodinamia son la psicología infantil y la psiquiatría infantil... Cuando ofrezca dudas se solicitará opinión a la disciplina específica.

- ¿Qué consideraciones le merece la idea de un diagnóstico precoz? En este sentido, ¿cómo entiende las tensiones producidas entre intervenir tempranamente en pos de prevenir y los riesgos de “patologizar tempranamente”?

Hay que distinguir entre los beneficios de la prevención, de los maleficios y la predicción. El diagnóstico precoz que incluye la noción de niño en construcción subjetiva y a partir de la mirada empática del profesional, constituye una oportunidad oportuna de detectar sufrimiento. Pero si en su lugar se utilizan técnicas de medición evaluativas que niegan la condición de sujeto del niño, se volverá un proceso desubjetivante.

- ¿Cuándo considera que la medicación es necesaria y cuándo se transforma en medicalización? ¿Qué implicancias acarrea medicar a un niño?

La evaluación de la necesidad de medicar a un niño sólo puede ser considerada por el psiquiatra infanto-juvenil. Aun así, lo que se está observando es que la administración de psicofármacos se está utilizando indiscriminadamente, aún en patologías sociales o familiares.

- Según su parecer ¿qué factores producen efectos de patologización y medicalización de la infancia?

Los diagnósticos exprés.

La mala utilización de protocolos de pesquisa precoz como instrumentos diagnósticos (cuando no están habilitados para ello)

La prevalencia en el profesional del paradigma neurobiológico de la salud mental en la infancia.

Entrevista N°9. Dr. en Psicología. Gabriela Dueñas

La entrevista se realizó en el marco de la IV Jornada Psicopedagógica, que dio cita en la Ciudad de Villa María, en el mes de agosto de 2017. Dicha entrevista tuvo una extensión de 22 minutos aproximadamente. Para el análisis se utilizó la nominación -Ps4-

- ¿Cuáles son los motivos de consulta predominantes en la actualidad?

Los motivos de consulta tienen que ver con la escuela, los chicos hacen ruido en la escuela, son las escuelas las que derivan, pero cuando vos indagas un poquito más, las mismas dificultades que observa la escuela, las arrastran desde las casas. Lo que estamos observando mucho, es dificultades en lo que se espera de acuerdo a las pautas que estudiábamos en otras épocas sobre el desarrollo, respecto del habla, de ciertos logros, lo que no se dice es que los niños desde muy temprana edad están escolarizados. Te doy un ejemplo, consulta de esta semana, me consultan por un nene que va a cumplir 3 años y no habla, “ojo, no hay que confundir el habla con el lenguaje” el chico entiende todo, no se expresa muy bien oralmente, un poco retraído. Mira que paradójico, que cuando hago la historia de vida me encuentro con que el nene va a jardín maternal desde los 7 meses, ¿Por qué va desde los 7 meses? Padres de clase media, media alta, imagino que lo mandan porque trabajan, pero no, no lo mandan para socializarlo, a los 7 meses, padres profesionales, o sea no te estoy hablando de gente ignorante. Fíjate, lo que yo noto que hay una franja de padres actuales, que tienen un nivel de desorganización y confusión respecto de lo que se debe esperar de un niño, y sobre todo cuanto más alta es la clase social, el nivel de expectativas y de exigencia, es tan desfasada, como que se socialice a los 7 meses. Bueno después una inversión en el bilingüismo, te hablo de una clase media alta, porque sabes que, hay que pensar en las infancias y adolescencias en plural, atendiendo a sus historias y condiciones de vida socioeconómicas, no es lo mismo un niño de situación de calle, que un niño de clase media alta, las consultas a las que me refiero provienen de la clase media alta, chicos a los que se les pide inmersión en el bilingüismo desde sala de 2, sala de 3. Antes de venir, me consultaban por otro caso de un nene que todavía no se alfabetizó y está en sala de 5. ¿Entonces de que estamos hablando? Estamos hablando de un “apurar tiempos” y esto en contextos, en condiciones donde no se les presta el acompañamiento que requieren, no se los respeta en los tiempos que necesitan. ¿Qué trae como consecuencia? Que los chicos hagan síntomas, y esto se deriva rápidamente al campo de lo neurológico, porque pareciera ser que nadie está dispuesto a poner “las barbas en remojo” y ver y pensar que puede ser que estemos haciendo que no favorezca del desarrollo, sino todo lo contrario, obstaculizando y promoviendo la producción de síntomas, porque son chicos que de verdad manifiestan síntomas, nadie está negándolo, nadie niega que haya dificultades, pero son síntomas y hay que trabajar con los padres, los maestros, con las condiciones de vida de los chicos, ¿sí? Eso es básicamente. Y lo que estamos viendo en los sectores populares en este momento, y vengo de Vicente López, uno de los municipios más ricos de la provincia de Buenos Aires y de la Argentina, es que los chicos llegan a las escuelas sin haber comido. Entonces el otro día, una maestra

me contaba que un nene que pateaba se portaba mal y demás, le redujeron la jornada horaria, un chico de una escuela pública muy humilde, muy pobre. Al hacerle la reducción horaria se queda sin la merienda, por la merienda es a las 15, y a él lo tienen que venir a buscar a las 15:45hs, entonces la maestra me comentaba que tiene un chico con reducción horaria, cuando ella llega el nene se la tira encima pidiéndole algo para comer, entonces ella se conmovió, tenía un chico muerto de hambre de 7 años. Entonces este chico denunciaba esta carencia y otras tantas que tienen que ver con los derechos básicos humanos, se le vuelve en contra, le reducen la jornada y se queda sin la única merienda que tenía en la escuela, donde por lo menos comía algo por día. Te das cuenta la falta de criterio, yo no concuerdo con la reducción horaria, pero por lo menos no le saquen la comida. Las problemáticas actuales de los chicos de más escasos recursos tienen que ver con esto, recursos básicos, techo, comida. Y el común denominador en todos lados es la violencia, entendida como el abandono, la indiferencia, en todas las clases sociales, además la violencia física y química, porque la medicalización es una forma de violencia, cada vez que apela a una pastilla para que el chico se quede quieto y lo que se encubre es la desorientación y falta de recursos de los adultos que se hacen cargo de ellos.

- ¿Qué es diagnosticar? ¿Cómo define la construcción de un diagnóstico en la infancia?

Yo creo que los diagnósticos tienen que ser proceso, siempre abiertos, cuando hablamos de infancia y abordados desde la perspectiva integral, o sea, abiertos a la escucha, que la subjetividad, la mente y psiquismo no vienen dadas sino que se construyen y hay que estar atentos a todas las variables que pueden estar incidiendo y otra cosa más, que hay que pensar en términos de diagnósticos, es que sea hecho desde un enfoque de derechos, garantizando en cada instancia derechos tales como la escucha al niño, ¡no puede ser que no se escuche al niño! Así no son diagnósticos, son evaluaciones, que no garantizan ninguna escucha al niño, porque todo el tiempo están midiendo. Te ilustro con otro caso, una escuela: una nena con dificultades en la lectoescritura, más dificultades habituales, yo cito a la madre, segundo grado, la madre me empieza a contar la historia de vida de ella, esta fue una mamá que la dejó el papa de la nena, con dificultades que ella acarreaba y durante la primer infancia de esta nena, tuvo dos brotes suicidas con dos internaciones, una internación de 6 meses y otra de casi un año, en el ínterin la nena queda en manos de los abuelos maternos, esto me lo cuenta la madre cuando yo la cito, me empieza a hacer una historia de vida de esta nena de 7 años, con una espontaneidad. Como impacto esta historia en la nena, yo creo que esta nena con estos síntomas, problemas de aprendizaje, está denunciando algo de esto, está aludiendo a la ausencia, porque viste que la lectoescritura es lo que se utiliza para comunicarse con aquel que está ausente, entonces cuando hay una traba podés preguntarte ¿acá no habrá alguna ausencia? Cuestión que ella me dice que la había llevado a un pediatra y el pediatra la había derivado al CEMIC²¹, un centro muy prestigioso, la madre llega ahí con la nena y la mandan al neurólogo, y de ahí a la psicopedagoga, y ya le habían hecho el diagnóstico, me

²¹Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas “Norberto Quirno”

informa la mamá, bueno solicito comunicarme con la psicopedagoga que le había hecho el diagnóstico, me pongo en contacto y viene la psicopedagoga a la escuela y dice “bueno, el diagnóstico es de Dislexia, viste y ADD”. Yo no comparto los diagnósticos de dislexia, pero si los compartiera tendría que leer, saber que se dice de la dislexia, y lo que dicen es que no se puede diagnosticar dislexia antes de tercer grado, por ejemplo, porque hay que respetar los procesos de la lectoescritura que tiene sus vaivenes, como vamos a hablar de dificultades cuando está en pleno proceso de adquisición, entonces antes de tercero no se diagnostica la dislexia estés o no de acuerdo con esos diagnósticos, entonces segundo grado, le pregunto cómo hace para diagnosticar la dislexia, y me dice “sí, porque hay indicadores precursores de la dislexia”, bien y ¿Cuál sería la causa? Y me responde, “y bueno, ya se sabe, es genético”. Si lo considera genético, le pregunto si la derivó al profesional especialista para que realice los estudios pertinentes, le digo que supongo que la mandó al genetista y me responde que “no porque ya se sabe la causa y también se sabe que no aparece nada”.

- Totalmente incoherente

Tal cual, y le pregunto, vos que sabes de la historia de vida de esta niña y me responde “aha yo no sabía nada de eso, de dónde lo sacaste”, me lo comentó la madre en una conversación espontánea, como si nada, en una entrevista acá en la escuela. Ella con sus protocolos, que completan con sí o no, no le brindo el espacio a la madre para que se pudiera expresar, no hay posibilidad de escucha, para saber que le puede estar pasando a esa niña, a esa madre, que es un síntoma. Concebimos al niño como un síntoma de su familia, de su escuela, de su entorno.

Entonces al diagnóstico hay que hacerlo de un punto de vista interdisciplinario, garantizando los derechos de los chicos, parándote desde la perspectiva de la complejidad, estamos hablando de niños, entonces hay que ser abiertos, prudentes, porque si no el mismo diagnóstico se transforma en una especie de rótulo para estigmatizar y diagnosticar no es medir, eh.

- ¿Qué consideraciones le merece la idea de un diagnóstico precoz? En este sentido, ¿cómo entiende las tensiones producidas entre intervenir tempranamente en pos de prevenir y los riesgos de “patologizar tempranamente”?

Bueno, es muy peligroso esto de diagnósticos precoces para prevenir, cuando hablamos de estos temas yo comparo que es como “caminar sobre el borde de una cornisa, porque te vas para un lado o te puedes ir para el otro” se podría no ver ciertos indicadores del orden de la constitución psíquica, entonces se podría trabajar con orientación a los padres, o detectar que un chico no ve bien, o no escucha bien, cuando más temprano mejor, pero es como caminar al borde de la cornisa, porque de un lado te puedes caer en esto que es la identificación demasiado temprana de patologías, no de indicadores, a partir de los cuales se los rotula a los chicos y se los estigmatiza, o sea los condenas a ser trastornados, los condenas a ser deficientes. Hay que ser muy cuidadoso con el tema de la prevención, el tema de prevenir para la industria farmacéutica y la medicalización, es equiparable a la inseguridad para la industria armamentista, porque te generan

inseguridad y vos vas a ir a comprar armas para defenderte de un posible ataque, te hablan de prevenir, porque es tu obligación garantizar la salud total y a que llaman salud, a ser deficiente de acuerdo con las normas esperables, entonces tenés la obligación de detectar tempranamente esto que te venden ellos y a partir de ahí vos entras. Es más, actualmente se está produciendo un cambio, ya no hablamos de medicalización, se habla de biomedicalización, porque las estrategias de marketing de los laboratorios ya ahora no se dirigen tanto a los profesionales, sino directamente a los usuarios, es decir a las familias, a los docentes, a los adultos, entonces te meten en la cabeza que tu hijo puede tener esto, lo otro, lo de aquí, lo de allá, y que si vos no lo detectas, después no te quejes que no consiga trabajo o que lo despidan del trabajo, cuando despiden a gente de una fábrica, es porque son todos disléxicos no diagnosticados a tiempo, o ADD, se lo atribuyen todo a eso ¿me entendés?

Todas las problemáticas epocales, se las atribuyen a supuestas deficiencias con las que nacen los chicos, sabes qué es eso, el neoliberalismo reinando en el campo de la salud mental, porque lo que se hace es privatizar, porque los neoliberales privatizan todo, privatizan las problemáticas de salud mental, problemáticas complejas, familiares, culturales.

- ¿Cuál es el papel de la escuela en los fenómenos de patologización y medicalización de la infancia?

Es fundamental, porque la industria farmacéutica se ha dirigido a la escuela, coloniza digamos a las escuelas, los maestros, los psicopedagogos que trabajan en las escuelas, porque se han avivado porque saben dónde encontrar chicos, en las escuelas escolarizados desde temprana edad, entonces si queremos medicalizar pibes comencemos por las escuelas ¿quiénes son los que están a cargo? Los maestros, entonces hay que trabajar sobre las concepciones de los docentes. Los docentes son objetos de este tipo de prácticas colonizadoras del marketing de los laboratorios, como los psicopedagogos, porque yo indagando con más profundidad con los maestros de donde habían sacado esto del ADD, vos sabes la cantidad tan significativa que me decía “de páginas de internet, de libros o de cursos que nos recomendaban los profesionales del equipo”, ¿quiénes eran? Los psicopedagogos y los psicólogos, o sea, te digo la verdad es muy fácil echarles la culpa a los maestros, pero además de carecer de formación suficiente, los equipos que los acompañan son de esta línea, el problema siempre lo va a tener el nene, se soluciona con una pastillita ¿no te presta atención? No tiene que ver con vos, el problema es del nene, no tiene nada que ver con la escuela, con la historia familiar. La relación escuela – familia está muy conflictiva últimamente, entonces los docentes evitan llamar a los padres, salvo a decirles “mire su hijo tiene un problemita, pero si va al neurólogo acá a la vuelta, con una pastillita se resuelve” entonces el padre está agradecido, en vez de enojarse, porque no lo involucras.

- Se desligan de los niños

Tal cual y al niño le vulneran sus derechos

- Bueno, muchas gracias Gabriela

Entrevista N° 10: Lic. en Psicología. Esp. en Psiquiatría Infantil. Juan Vasen

La siguiente entrevista fue realizada en el marco de la IV Jornada Psicopedagógica que dio cita en la ciudad de Villa María, en el mes de agosto de 2017. Su duración fue aproximadamente de 20 minutos. Para su análisis se utilizó la nominación -Ps5-.

- Cuando se consulta por un niño ¿Cuáles son los motivos de consulta predominantes en la actualidad?

Motivos de consulta... mira hay... es muy interesante un elemento. Antes en general, los papás venían a la consulta algo así como con la duda, el interrogante, qué tendrá, qué le estará pasando a mi hijo, más allá de los motivos que ahora vamos a detallar... Ahora en general el clima predominante es algo así como ya viene con un diagnóstico, ya vienen con un diagnóstico emitido por Internet en general o bien por previas consultas, si los cuadros son más o menos digamos con un cierto grado de dificultad, muchas veces hay consultas previas y a mí me llegan después de un cierto recorrido, que a veces es un derrotero porque es doloroso... Eh... yo te diría que hay una gama de problemáticas... la primera podríamos pensar viene por el lado de lo que aparece como puerta de entrada que son los trastornos del lenguaje, dificultades en la adquisición en la apropiación de la lengua, eso a veces digamos tiene que ver con cuadros obviamente de retraso simples en el lenguaje o problemáticas ligadas al autismo, al espectro autista o al autismo. Yo no hablo de espectro autista sino de autismo. Para mí es un cuadro acotado el autismo de manera que no soy amplio ni generoso con poner ese diagnóstico a los chicos. También tenemos un segundo nivel de consulta muy frecuente que es chicos con inquietud, desatención, hiperactividad y demás, muchas veces llega como categorizados como TDH o ADD o sea trastornos por déficit de atención. En general ahí se abre una gama enorme de cuadros diversos de chicos que, muchas veces no tienen mayores problemas y son simplemente chicos un poco inquietos y otras veces son chicos que tienen cuadros más serios que casi casi deslizando de la desatención a la desorganización. Otra punta son directamente los trastornos de conducta, chicos agresivos chicos que muchas veces son etiquetados como opositores y desafiantes ¿no es cierto? Eh... en algún caso me ha tocado intervenir, un par largos, sobre chicos que venían diagnosticados con bipolaridad, en general esto tenía que ver te diría, no tanto con chicos agresivos sino chicos más bien irritables...¿no? Y también recibo pero menos, chicos que tienen dificultades de escolarización... Ahí viene todo el trabajo de diagnóstico sobre dislexia y demás. O sea estos serían como más o menos las... detrás de muchos de estos cuadros de agresividad, desorganización y demás están los diagnósticos de psicosis infantil que ahora están como un poco borronados de los manuales clasificatorios del DSM que para mí siguen estando y también los cuadros borderline de la infancia que también siguen estando un poco presentes. Esto sería como una especie de mapa inicial del asunto.

- ¿Qué es diagnosticar? ¿Cómo define la construcción de un diagnóstico en la infancia?

Yo tengo una frase que es que el diagnóstico para mí es la intelección de la lógica de un sufrimiento ¿no? O sea, en primer lugar, creo que si uno hace un diagnóstico es porque hay un sufrimiento, un padecimiento, y hay grupos de padres que hablan del autismo feliz ¿no? Como si fuera: bueno no hay que preocuparse del autismo, hay que ser un autista feliz. En general, si un chico padece de autismo es un chico que padece. En todo caso ayudarlo a romper ciertos encierros, encerronas y repliegues, va a contribuir a su felicidad. En esa lógica que intento comprender no entra solamente lo que podría ser una lógica biológica, que sería la lógica de por ejemplo neurotransmisores y su interacción con los psicofármacos sino una lógica que tiene que ver con dinámicas subjetivas ¿no? una psicopatológica, una lógica que tiene que ver con el conflicto, con la angustia con la manera en que esos conflictos, esos ajustes se canalizan, con la cualidad de los conflictos, si son conflictos digamos que el chico está en conflicto consigo mismo, si son conflictos que se exteriorizan en relación a los padres o al exterior, si la angustia es una angustia digamos más o menos al estilo del neurótico, una fobia, o si la angustia es una angustia ligada o cercana al terror, a la percepción digamos, a la fragmentación. O sea, ahí ya tenés como otro tipo de matices que te llevan a pensar otro tipo de sufrimientos y por ende otro tipo de diagnósticos. Lo que no me parece digamos, lo que hago es una diferencia entre diagnosticar, que es pongo todo este proceso que además tiene que ver con el contexto, el contexto dice un amigo es el que te da una contextura, bueno forma parte, el contexto adentro y diferente de lo que sería una clasificación que es una especie de agrupamiento por rasgos comunes, entonces ponen todos los que tienen fobia a los perros, eso está bien uno puede hacer diagnóstico de fobia, pero las clasificaciones son como más... algo así como se guían por lo imaginario y la apariencia, y yo pienso que el diagnóstico tipo principito "lo esencial es invisible a los ojos", va por otros lados ¿no?

- ¿Considera importante elaborar el diagnóstico interdisciplinariamente?

Claro y sobre todo más en problemas complejos siempre... por ahí además hay un tema interesante que es cómo se piensa habitualmente la interdisciplina, en general se piensa como algo así como acá tenemos a este objeto y lo miramos desde distintos lados, entonces cada disciplina lee esto. Eso es más bien multidisciplina, yo lo llamo a eso cada maestrillo con su librillo digamos. La interdisciplina es justamente algo diferente es poner el acento en el "entre", lo "inter", lo que se juega entre las disciplinas pero que no está escrito por cada una de las disciplinas, la entre define como un acto, una forma de trabajo entre colegas, que tiene cada una perspectiva distinta y la van a poner en fricción, una perspectiva con la otra para algo así como para ver qué nuevo surge allí algo que no está contenido en las distintas disciplinas de partida. Por eso, tendría que ser un proceso de pensamiento como lo decía, que alumbraba una idea distinta de lo que había previamente. Ese para mí es un verdadero abordaje interdisciplinario, no lo otro que es una especie de sumatoria tecnocrática de visiones.

- ¿Qué consideraciones le merece la idea de un diagnóstico precoz? En este sentido, ¿cómo entiende las tensiones producidas entre intervenir

tempranamente en pos de prevenir y los riesgos de “patologizar tempranamente”?

Una consideración valiosa, en general... pasa lo siguiente, yo creo que la detección temprana de problemáticas es clave porque te permite probablemente poder intervenir antes que un cuadro se agrave. Lo que es distinto que esa, como esa intervención temprana y oportuna es distinto que etiquetamiento precoz, es decir es algo así que es ponerte a buscar determinado tipo de cuadros específicos a través de ciertas grillas o formas o protocolos específicos para buscar ese cuadro. Para mí, hay un primer nivel que tendría que ser inespecífico, interdisciplinario de abordaje de las problemáticas, que no vayan a buscar una patología sino que vayan a detectar, percibir un problema, después ese problema si tiene la complejidad que supera ese nivel de trabajo de detección, lo verá un especialista y hará que se yo... tengo la sospecha de que este chico podría ser autista, o que un chico podría tener tal o cual cuadro, bueno entonces después eso se sigue de manera cómo más elaborada, pero el primer nivel de detección yo creo que debería ser inespecífico no buscando una patología sino tratando de comprender cuáles son las problemáticas que hay en el campo. Ahí estoy totalmente de acuerdo que debe ser así... y en la Ley de Autismo que discutimos en el Congreso justamente pusimos este primer nivel de cómo de intervención interdisciplinaria inespecífica.

- ¿Cuándo considera que la medicación es necesaria y cuándo se transforma en medicalización?

Yo tengo una frase que dice que... mirá... “la medicación es necesaria cuando no hay otro remedio”. Cuando vos podés resolver las cosas sin un medicamento e intentar resolverlas sin medicamento... ahora si vos tenés un chico que está sumamente agresivo y eventualmente autoagresivo, sumamente inquieto o angustiado y no puede parar, sumamente replegado, sumamente digamos aterrorizado por algo que él se imagina. Si vos tenés un nivel de sufrimiento tal que vos entendés que hay alguna medicación que puede digamos... disminuir lo que puede ayudar a ese chico a modular lo que le pasa que no puede posicionarse ante muchas veces... no puedo parar, no sé qué me pasa, digamos si a lo mejor no tienen herramientas ellos... es como si vos quisieras enseñarle a cabalgar a un chico arriba de un caballo que se desbocó, digamos sería imposible que aprenda a cabalgar, entonces lo que haces es medicar al caballo que sería toda la dimensión impulsiva del chico que no lo deja a lo mejor recuperar cierto grado de dominio de su realidad y de su entorno y que, probablemente si lo recupere desarrolle las herramientas para eso, entonces va a poder dejar la medicación después. La diferencia esto que yo digo es como digamos tener un criterio para utilizar un medicamento como un recurso dentro de una estrategia que nunca puede abarcar solamente ese recurso, es decir si vos necesitas utilizar un medicamento quiere decir que estás ante una situación que reviste cierta gravedad y que no se puede pensar que se va a resolver únicamente con el medicamento. Entonces ahí que requiere un abordaje interdisciplinario donde el medicamento es una parte de la estrategia... Medicalización... perdón... no hacerlo así sería casi iatrogénico o sea dar sólo medicación sería iatrogénico. Medicalización es no sólo la administración de un medicamento, sino una forma,

una perspectiva donde vos haces una lectura de la problemática en términos que tienen que ver con categorías y perspectivas médicas, entonces esas perspectivas se reducen a lo biológico, y dejan afuera una cantidad de sobredeterminaciones que tienen los cuadros o las situaciones, entonces vos ahí por ejemplo resolvés, como ya he dicho hasta el cansancio hoy... un chico que no presta atención resulta que es transformado en un chico al que hay que darle dopamina porque lo que tiene es un déficit de dopamina en el espacio intersináptico. Eso es medicalizar la problemática en vez de... vos podés pensar bueno tengo un chico inquieto, hiperactivo, bueno de qué manera lo ayudamos para que... cómo generamos un cambio en la escuela, no solamente en el chico, sino en la escuela, en la familia, qué intervenciones hacemos y eventualmente podría necesitar este chico la medicación, puede ser. Seguramente no va a requerir la medicación que se usa habitualmente que yo no la utilizo jamás, que es el Metilfenidato o la Ritalina ¿no? Por ahí otras, pero no únicamente y abarcando un espectro mucho mayor de situaciones.

- ¿Qué implicancias acarrea medicar a un niño?

Medicar las consecuencias que trae es que le incorporás una sustancia al cuerpo, que le trae efectos que en general pueden ser benéficos, pero puede ser que algún efecto adverso también tenga, tenés que advertirle, tenés que acompañar el proceso, tenés que acompañar el proceso con los padres, y monitorear muy de cerca los efectos, manejándose con las menores dosis posibles y con el menor tiempo posible desde este criterio. Medicalizar lo que hace es reducir el espesor y la complejidad de una problemática a una suerte de simplificación: “acá esta la pastilla y acá resolvemos el problema” y plantear que la resolución del problema pasa por la medicación, no es ya, como una de las intervenciones, sino que ahí radica la resolución del problema, eso es digamos de alguna manera la medicalización.

- ¿Y qué lugar o qué papel cumple la escuela en este proceso?

Eh... la escuela cumple como papeles diversos en distintos sentidos, la escuela puede bien entendida alojar esa diversidad y ver cómo se modifica, dibuja y diseña estrategias para abordar la problemática de los chicos que no aprenden como todos los otros. Puede en vez de alojarlo, desalojarlo, y entonces plantear que este chico ya no es más un alumno de la escuela, sino que pasa a ser un caso digamos en interconsulta, o directamente derivado a un psiquiatra o a un neurólogo. Ese chico ya deja de ser pensado como alumno, como decía hoy en la charla, y pasa a ser pensado como un caso, “no es mi responsabilidad” diría el docente, que se pierde entonces también de la posibilidad de replantear su trabajo, y pensar cómo adecuar digamos su institución, su enseñanza, su contacto con ese chico, para ver que ese chico aprenda. Cuando un chico que no aprende tiene que ser una alegría para el docente, así como cuando un chico está sufriendo pasa a estar mejor, puede ser una alegría para el terapeuta o para el psiquiatra. Así que yo creo que ahí hay un desafío que la escuela, hoy lo dije mucho en las respuestas, la escuela se tiene que encargar, como decía Norma Filidoro, decía para mí la escuela común tiene que ser más especial y la escuela especial tiene que ser más común.

Análisis de datos y resultados

A continuación, se analizan las entrevistas realizadas a profesionales expertos, con la finalidad de interpretar y reflexionar los datos obtenidos, en estrecha vinculación con el marco teórico desarrollado anteriormente.

Por consiguiente, se abordará el análisis desde dos ejes centrales, por un lado, en materia de *Diagnóstico*, el proceso desde sus indicadores terapéutico, hipotético, interdisciplinario y precoz; por otro lado, en materia de *Patologización y Medicalización*, los factores desde los indicadores culturales, económicos, políticos e institucionales.

En el primer eje -Diagnóstico- se despliega lo desarrollado del capítulo I, en relación con el capítulo II y III, los que le brindan el sustento teórico al segundo eje -Patologización y Medicalización-. Estableciendo relaciones pertinentes entre las modalidades diagnósticas, el discurso de las neurociencias, el aumento del consumo psicofarmacológico y el lugar que ocupa la infancia dentro de las escuelas y las políticas públicas del Estado.

Análisis de los datos referidos al Diagnóstico

Se considera importante, retomar la concepción de diagnóstico mencionada al comienzo por Verdugo (1994), quien afirma que “cuando hablamos de diagnóstico nos referimos a una actividad limitada a la búsqueda de patologías en los individuos como causa explicativa de sus desajustes o dificultades, y por tanto emparentada con un modelo médico explicativo de la conducta”. (Verdugo, 1994:184)

Sumado a esto, se puede decir que el diagnóstico es una construcción que permite caracterizar ciertas problemáticas humanas y que se realiza a través de la observación, la recolección y el consiguiente análisis de los datos. De este modo, no podemos pensar al diagnóstico como una realidad en sí, no obstante, en algunas ocasiones es rectificado, cosificado y tomado como verdad absoluta. Es así como, éste pierde su funcionalidad original y comienza a implementarse con otros usos que pueden ser cuestionados y darían lugar así, a la rotulación y etiquetamiento de los sujetos. Es posible ejemplificar esto con los siguientes fragmentos, extraídos de las entrevistas:

Ps3: *El concepto de diagnóstico, dependerá de la teoría del profesional tratante. Desde el psicoanálisis, diagnosticar implica escuchar el sufrimiento de un niño, teniendo en cuenta la calidad de sus vínculos, su historia vivencial y transgeneracional, así como su contexto sociocultural.*

Ps5: *(...) el diagnóstico para mí es la intelección de la lógica de un sufrimiento.*

Ps4: *Yo creo que los diagnósticos tienen que ser proceso, siempre abiertos, cuando hablamos de infancia y abordados desde la perspectiva integral, o sea, abiertos a la escucha, que la subjetividad, la mente y psiquismo no vienen dadas sino que se construyen y hay que estar atentos a todas las variables que pueden estar incidiendo y otra cosa más, que hay que pensar en términos de diagnósticos, es que sea hecho desde un enfoque de derechos, garantizando en cada instancia derechos tales como la escucha al niño (...)*

P2: *(...) Se concibe el diagnóstico como un proceso, para saber por qué ese niño está sufriendo o está presentando las dificultades que presenta y sobre todo, para mí el diagnóstico como proceso tiene actores que deben aparecer, no solo el niño sino la familia, la escuela, el vínculo con el conocimiento por parte del chico, por parte de la familia (...)*

Ps2: *Precisamente como una construcción. Construcción en la que intervienen diversos factores que son considerados cuando evaluamos el malestar de un niño. Me refiero al vínculo con sus padres y familiares, las instituciones a las que concurre, las condiciones generales del ambiente en el que se cría, lo socio económico y cultural, lo biológico. Desde el psicoanálisis diagnosticar no es encontrar la enfermedad a partir de los síntomas. Solemos metafóricamente usar ese sentido, pero se trata de comprender al malestar como expresión de un conflicto. Esto no significa dejar de considerar los factores intervinientes a los que hacía mención (...)*

Coincidimos con que, desde el psicoanálisis, el diagnóstico se supone como una práctica que va más allá de las descripciones de un conjunto de síntomas, ya que se pone en juego la singularidad, que debería revelar aquello que no se visibiliza. Es

entonces que diagnosticar es una práctica que, a diferencia de ciertas técnicas de codificación y clasificación, pretende des-cifrar aquellos síntomas aparentemente ilógicos, para descubrir la lógica de un padecimiento. A partir de la intelección de la lógica de una situación de sufrimiento, la intervención diagnóstica encuadra una categoría que no se agota en esa particularidad. (Vasen, 2015:40-41)

Del mismo modo, como se planteó precedentemente, es primordial tener en claro quién, por qué y para qué se realiza el diagnóstico, así como también saber desde qué marco teórico se va a efectuar, ya que el profesional no puede ser a-teórico, ni a-político tal como se propone desde el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM-. Todo terapeuta, tiene un posicionamiento que involucra aspectos como saberes teóricos, políticos y éticos desde el cuál -con mayor o menor conciencia de ellos- interpreta los fenómenos sobre los cuales interviene.

En este punto, resulta relevante mencionar que la difusión del uso del DSM y su extensión a la infancia coincide justamente con el enorme desarrollo y producción de conocimientos en el campo de las neurociencias en esa misma época, que fue patrocinado por la industria farmacéutica para reforzar el modelo psicopatológico, brindando bases científicas que contribuyeron a su naturalización y justificaron el uso de psicofármacos desde edades tempranas. Esto se desarrollará con mayor precisión en el análisis del siguiente eje, referido a los fenómenos de Patologización y Medicalización.

Del mismo modo, en el capítulo I se mencionaba que algunos profesionales, para elaborar diagnósticos, recurren a manuales de este tipo que darían lugar a *diagnósticos de corte descriptivo*, que aluden a la mera exposición de características que son concebidas como deficitarias en el sujeto y teniendo como objetivo identificarlas para enumerarlas en un listado que daría cuenta de alguno de los síndromes.

Es así como la consistencia de una clasificación en diagnósticos de corte descriptivo, en donde las diferentes dificultades pasan a ser leídas como déficit y se las incluye en una categoría clasificatoria obturando la posibilidad de inteligir, es decir leer entre líneas los determinantes. A partir de los datos analizados en las entrevistas, se puede observar como los profesionales dan cuenta de esto, de la siguiente manera:

Ps1: *El diagnóstico es un proceso que tiene una carga muy particular, porque proviene del discurso médico y en ese sentido se entiende tradicionalmente a partir de un modo clasificatorio, que atribuye al sujeto*

una categorización que lo incluye como un caso particular de una clase general y categoriza las diferencias como déficits.

Y sin duda, actualmente presenciamos una pluralidad de “diagnósticos” que no se construyen desde la teoría de la complejidad, sino que simplifican las determinaciones de los trastornos particularmente infantiles y conllevan a un reduccionismo de las problemáticas y su consecuente tratamiento. No obstante, se puede observar que algunos profesionales opinan lo siguiente:

Ps1: *Sin embargo, hay otros modos de diagnosticar, que no se centran en lo que el sujeto tiene en común con otros y no concibe las diferencias como déficits sino como singularidades. No se trata de ubicar al sujeto en relación con un parámetro que le es exterior (normas, tablas, baremos, expectativas escolares o sociales), sino de comprender sus formas de funcionamiento psíquico y sus modos de producción simbólica singulares.*

Estos otros modos de diagnosticar se corresponden a lo que se denomina *diagnósticos explicativos*, que consideran al sujeto en todos sus aspectos, su contexto, sus redes vinculares e historia libidinal. En este sentido, el diagnóstico se constituirá desde un proceso que implique la dialéctica y la complejidad inherentes a la búsqueda de los determinantes del malestar subjetivo.

Observamos que los profesionales entrevistados coinciden con la concepción de diagnóstico como proceso, el cual se encontraría sujetado a sus respectivas hipótesis. La construcción de varias hipótesis permitiría un diagnóstico dinámico y no estático, en el proceso de la intervención clínica.

M1: *Diagnosticar es una hipótesis para mí, no es una lápida, contrario a lo que habitualmente se hace parece que el camino termina en el diagnóstico. En realidad, es una hipótesis yo establezco una posibilidad a futuro de que esto puede ser algo que se aproxima pero la trayectoria de ahí a que busquemos elementos que lo confirmen que lo descarten, que comparen con otros parecidos y es el trayecto que hay que explicarles a los padres. Los padres buscan desesperadamente, son los que más presionan para un diagnóstico conclusivo. (...) Esto es un método científico de investigación, uno propone una hipótesis de trabajo*

y a partir de ahí pelean contra ella, si esa hipótesis se sostiene a pesar de la pelea fuerte, era verdadera.

Ps2: (...) *En la infancia no nos manejamos con un diagnóstico de aquí para siempre, sino con una presunción, una hipótesis. Dicha hipótesis nos permite intervenir en la clínica de manera que nos acerquemos a lo propio y lo característico de la singularidad de ese sujeto que no admite generalizaciones (...)*

Debido a la complejidad que reviste cada problemática, se supone que no deberían establecerse categorías clasificatorias con anticipación, en las que se incluyan a todos los sujetos con problemáticas similares, sin indagar los diversos factores que podrían dar origen a ese sufrimiento psíquico.

De este modo, los profesionales entrevistados concuerdan con que el diagnóstico debería estar sustentado desde hipótesis diagnósticas y sería sumamente importante que se elaborara desde un enfoque interdisciplinario. Esto se puede comprender de los fragmentos citados anteriormente y los siguientes:

C1: (...) *hablando del diagnóstico en términos generales, debe ser interdisciplinario en el punto en el que a ver... ahí justamente una disciplina va construyendo preguntas en relación a la otra y va derivando esas preguntas justamente para ubicar algo de... lo que dentro de una misma disciplina hace obstáculo para poder ayudar y acompañar a un niño (...) pensar en términos de complejidad obliga a que el pensamiento sea interdisciplinario, no hay otra posibilidad.*

N1: *obviamente la mirada del médico debe completarse con la mirada de otras disciplinas de la salud y el docente (...) el paradigma de la enfermedad como un cruce de lo biológico, lo psicológico y lo social obliga al trabajo interdisciplinario.*

P2: *Sí, claro que sí. Muchas veces hace falta la interconsulta. Hay casos muy complejos que requieren la mirada de diversos profesionales. Para mí es importante la mirada del pediatra o del psicólogo, de las personas que trabajan en la escuela, los docentes, la psicopedagoga de la escuela. Si uno entiende el diagnóstico como un proceso complejo, intervienen también miradas diferentes ¿no?*

Ps2: (...) el diagnóstico es necesariamente interdisciplinario. Las distintas perspectivas enriquecen el conocimiento de lo que le puede estar pasando a un niño. Por eso es importante que ninguna perspectiva pretenda hegemonizar y reducir los fenómenos a una sola explicación (...)

Ps3: El diagnóstico en la infancia debe ser realizado interdisciplinariamente ya que las distintas miradas enriquecen el saber sobre un niño. Pero respetando las habilidades profesionales. Eso quiere decir que, sobre todo en patología grave, las disciplinas que están habilitadas para comprender su psicodinamia son la psicología infantil y la psiquiatría infantil... Cuando ofrezca dudas se solicitará opinión a la disciplina específica.

Ps4: (...) al diagnóstico hay que hacerlo de un punto de vista interdisciplinario, garantizando los derechos de los chicos, parándote desde la perspectiva de la complejidad, estamos hablando de niños, entonces hay que ser abiertos, prudentes, porque si no el mismo diagnóstico se transforma en una especie de rótulo para estigmatizar y diagnosticar no es medir, eh.

Estos profesionales hacen referencia al diagnóstico como una elaboración interdisciplinaria, pero otros profesionales realizan una diferencia entre este abordaje y la transdisciplina y la multidisciplinaria. ¿En qué discrepa cada una de estas modalidades? El primer lugar, lo interdisciplinario es concebido como un conjunto de disciplinas conexas entre sí y con relaciones definidas a fin de que sus actividades no se produzcan en forma aislada, dispersa o fraccionada. En segundo lugar, lo multidisciplinario que involucra al conocimiento de diversas disciplinas cada una aportando desde su espacio al tema en cuestión. Y en tercer lugar la transdisciplina, representa la aspiración a un conocimiento lo más completo posible, que sea capaz de dialogar con la diversidad de los saberes humanos. Por un lado, Orschanski en la entrevista refiere al diagnóstico como una elaboración transdisciplinaria, este abordaje alude para él a lo siguiente:

M1: No concibo otro tipo de diagnóstico, más que inter, transdisciplinario. Por qué inter todavía mantiene tabiques, entonces uno detrás de otro va dando su opinión. Transdisciplinariamente significa reunirse y tirarse los pelos entre todos los que tenemos que estar y estoy diciendo todos,

los padres, los docentes, los profesionales, los transportistas, los directores, todas las autoridades que tienen que ver y todos los que tienen que ver con la vida del chico. El que cree que hace un diagnóstico solo es un soberbio o se está equivocando mucho o se va a equivocar.

Por otro lado, Vasen en la entrevista, diferencia claramente la interdisciplina de la multidisciplina, esta última presentaría obstáculos al momento de la elaboración de los diagnósticos en la infancia:

Ps5: *hay un tema interesante que es cómo se piensa habitualmente la interdisciplina, en general se piensa como algo así como acá tenemos a este objeto y lo miramos desde distintos lados, entonces cada disciplina lee esto. Eso es más bien multidisciplina, yo lo llamo a eso cada maestrillo con su librillo digamos. La interdisciplina es justamente algo diferente es poner el acento en el “entre”, lo “inter”, lo que se juega entre las disciplinas pero que no está escrito por cada una de las disciplinas, la entre define como un acto, una forma de trabajo entre colegas que tiene cada una, una perspectiva distinta y la van a poner en fricción una perspectiva con la otra para algo así como para ver qué nuevo surge allí, algo que no está contenido en las distintas disciplinas de partida.(...) Ese para mí es un verdadero abordaje interdisciplinario, no lo otro que es una especie de sumatoria tecnocrática de visiones.*

La interdisciplina puede entenderse desde un modo paradigmático, donde los diversos profesionales ponen en juego conocimientos que mantiene el paradigma vigente, es decir que no constituye una propuesta crítica y superadora de la realidad existente. O, por el contrario, desde un modo de ruptura en la intersección de las disciplinas se generan espacios de creación e innovación (Ruelas Barajas, 2012:25).

Se coincide con esta última modalidad interdisciplinaria, ya que permitiría no sólo la complementación de las diversas disciplinas, sino que además, abre la posibilidad de crear espacios de intervención que atiendan a la singularidad y subjetividad de cada niño y su contexto. Resulta imprescindible el trabajo interdisciplinario como un proceso que se encuentra en permanente construcción y por ende en vinculación con los diversos saberes de otros campos, que abordan la vida humana desde diferentes aspectos complejos, buscando respuestas complejas.

En relación con el eje que se viene desarrollando, otro de los indicadores que resuena es el de diagnóstico precoz, considerado como un derecho en materia de salud, desde la Ley 26.061/05 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Es por ello que se cuestiona cuál es la concepción de diagnóstico precoz, en pos de prevenir, asumiendo los riesgos que conlleva dicha práctica cuando se trata de niños en pleno crecimiento. Esto se ve reflejado en los siguientes fragmentos:

Ps4: *Es muy peligroso esto de diagnósticos precoces para prevenir, cuando hablamos de estos temas yo comparo que es como “caminar sobre el borde de una cornisa, porque te vas para un lado o te podes ir para el otro” se podría no ver ciertos indicadores del orden de la constitución psíquica, entonces se podría trabajar con orientación a los padres, o detectar que un chico no ve bien, o no escucha bien, cuando más temprano mejor, pero es como caminar al borde de la cornisa, porque de un lado te podes caer en esto que es la identificación demasiado temprana de patologías, no de indicadores, a partir de los cuales se los rotula a los chicos y se los estigmatiza, o sea los condenas a ser trastornados, los condenas a ser deficientes. Hay que ser muy cuidadoso con el tema de la prevención, el tema de prevenir para la industria farmacéutica y la medicalización, es equiparable a la inseguridad para la industria armamentista, porque te generan inseguridad y vos vas a ir a comprar armas para defenderte de un posible ataque, te hablan de prevenir, porque es tu obligación garantizar la salud total y a que llaman salud, a ser deficiente de acuerdo con las normas esperables, entonces tenés la obligación de detectar tempranamente esto que te venden ellos, y a partir de ahí vos entras.*

Ps5: *Una consideración valiosa, en general (...) yo creo que la detección temprana de problemáticas es clave, porque te permite probablemente poder intervenir antes que un cuadro se agrave. Lo que es distinto, que esa como intervención temprana y oportuna, es distinto que etiquetamiento precoz, es decir es algo así como ponerte a buscar determinado tipo de cuadros específicos a través de ciertas grillas o formas o protocolos específicos para buscar ese cuadro. Para mí, hay un primer nivel que tendría que ser inespecífico, interdisciplinario de abordaje de las problemáticas, que no vayan a buscar una patología, sino que vayan a detectar, percibir un problema, después ese problema*

si tiene la complejidad que supera ese nivel de trabajo de detección, lo verá un especialista (...)

C1: *Me parece que la cuestión de los diagnósticos precoces es un riesgo, en este momento altamente riesgoso, yo creo que la idea es la de trabajar en relación a la promoción de la salud y a la prevención, pero sobre todo a la promoción de la salud y no en términos de diagnósticos precoces que terminan ubicando etiquetas tempranas y propiciando enormes negocios en relación a la salud. Me parece que una cosa es dejar pasar una problemática y otra cosa es la de ubicar aquello de lo que es orden de la prevención o lo que se ubica como prevención como ya como un diagnóstico, porque lo que es prevención hoy está pasando a ser un posible diagnóstico, el diagnóstico de la posible dislexia, el diagnóstico del posible problema en el aprendizaje, entonces digo bueno me parece que la cuestión es trabajar en términos de promoción de la salud y en eso la escuela tiene un lugar central y los psicopedagogos también y no en términos de etiquetamientos tempranos.*

Ps1: *(...) intervenir tempranamente no necesariamente implica patologizar, si se atiende y se entiende a la singularidad de los procesos de cada niño y no por referencia a parámetros centrados en supuestos déficits.*

P2: *el diagnóstico precoz tiene sus cuestiones necesarias y también peligrosas, uno por supuesto que tiene que estar atento a los indicadores que puedan aparecer tempranamente de trastornos en un niño, pero hay que ver que esos indicadores no se transformen, una cosa es la prevención y otra cosa es que eso se convierta en una predicción de una patología (...)*

Ps3: *Hay que distinguir entre los beneficios de la prevención, de los maleficios y la predicción. El diagnóstico precoz que incluye la noción de niño en construcción subjetiva y a partir de la mirada empática del profesional, constituye una oportunidad oportuna de detectar sufrimiento. Pero si en su lugar se utilizan técnicas de medición*

evaluativas que niegan la condición de sujeto del niño, se volverá un proceso desubjetivante.

Como se puede observar a partir del análisis de distintos fragmentos, los profesionales, señalan, por un lado, la importancia de este tipo de diagnóstico y, por otro lado, lo riesgoso de esta práctica que presume ser preventiva. Cuando hablamos de diagnóstico precoz, nos referimos a la detección y tratamiento de la enfermedad en estadios muy precoces. Podría corresponderse a un nivel de prevención, que por definición implica evitar que un desarrollo devenga en patología. (Morici, 2013)

Por lo tanto, prevenir patologías es lo que justifica las intervenciones tempranas. Se concuerda con la importancia y necesidad de prevenir sufrimientos y enfermedades, y más aún si de niños se trata, pero no por este motivo se va a predecir el futuro desarrollo del sujeto, ya que como sabemos, este puede depender de una infinidad de factores y sería imposible reducirlo a una única disciplina.

En este sentido, la detección temprana de dificultades es esencial, sin embargo, si se transforma en una búsqueda de patología, termina siendo una práctica iatrogénica. Entonces, se debe pensar que las miradas que recibe un niño son estructurantes de su ser, es decir, si el niño se siente mirado como un “trastorno” quedará posiblemente “trastornado”. Además de ello, permanecerá como un número en una serie, por haber sido sometido a diversos protocolos y pruebas estandarizadas, sin ser mirado como un sujeto singular con sus propios avatares. (Janin, 2013)

En relación con esto, el diagnóstico como un proceso y su consecuente abordaje terapéutico dependerá del posicionamiento del profesional interviniente, frente a la problemática. Esto se analiza en los siguientes fragmentos:

P1: (...) *Yo ya pasé la etapa de hacer un diagnóstico, una devolución y un tratamiento, yo me pongo en actitud de terapéutica desde el primer día y voy viendo, y la verdad que las primeras hipótesis diagnósticas se van cambiando en el transcurso del tratamiento, antes de poner un rótulo, viste tiene que pasar muchísimo tiempo, para mí un diagnóstico hoy va junto con lo terapéutico (...)*

Ps2: (...) *En el transcurso del tratamiento de un niño pueden pasar muchas cosas, pero esencialmente sabemos en general que crece y se desarrolla y que lo que ayer resultaba de una manera, hoy ha variado.*

Aparecen otros recursos o, por el contrario, se deterioran o empeoraron algunas condiciones vinculares.

P2: *(...) no digo que no haya niños que en ciertos trastornos necesiten un acompañamiento de una medicación bien dada, por un profesional idóneo y como parte de un proceso que no es solo la medicación, la medicación sola no cura, entonces no creo en las medicaciones para ciertos tipos de trastornos, al contrario, creo que más dañan que ayudan.*

Queda claro que estos profesionales, coinciden con que la medicación por sí sola no resulta tan beneficiosa, sino que además de ella se necesita un abordaje terapéutico de orden integral. Hoy la oferta de tratamientos es muy amplia y sustentada por factores de índole sociopolítico, cultural, económico e institucional, que directa o indirectamente promueven los llamados fenómenos de patologización y medicalización, sobre todo en la infancia.

Es a partir de estos fragmentos y de lo investigado, que se considera que un tratamiento basado solamente en la medicación, sin que intervengan otros enfoques de las problemáticas subjetivas, familiares y/o sociales, resultaría iatrogénico desde esta perspectiva. Al parecer, en ocasiones cuando los familiares del niño en cuestión no poseen los medios y posibilidades necesarios para un tratamiento oportuno y preciso, el hecho de administrar psicofármacos, que terminan acallando los síntomas y tranquilizando los ánimos, parecen ser la respuesta aparentemente más adecuada.

Análisis de los datos referidos a los fenómenos de Patologización y Medicalización

Se puede observar, que actualmente los avatares cotidianos e inherentes a lo humano se transforman en patologías, dando lugar al proceso de patologización. Dicho proceso implica un conjunto de operaciones como políticas, programas, estrategias y dispositivos; además de intervenciones particulares que generarían un lugar para el sujeto, una posición de enfermo o anormal.

Tal como se refirió a esta cuestión, en el capítulo II, la problemática denominada patologización refiere a la lectura que se hace de aquellas conductas de las personas

que se salen de los presuntos estándares y esquemas estipulados socialmente, de este modo las personas son consideradas como problema y enfermedad, siendo la única solución la medicación. Cuando se les consultó a los profesionales acerca de los motivos de consulta actuales, comentaban lo siguiente:

Ps4: *Los motivos de consulta tienen que ver con la escuela, los chicos hacen ruido en la escuela, son las escuelas las que derivan, pero cuando vos indagas un poquito más, las mismas dificultades que observa la escuela, las arrastran desde las casas. Lo que estamos observando mucho, es dificultades en lo que se espera de acuerdo a las pautas que estudiábamos en otras épocas sobre el desarrollo, respecto del habla, de ciertos logros, lo que no se dice es que los niños desde muy temprana edad están escolarizados.*

Ps3: *En la actualidad el motivo más frecuente en la consulta psicoanalítica es el de revisar el diagnóstico de niños que ya vienen con pseudo diagnósticos precoces etiquetados. Los más frecuentes son los trastornos del lenguaje, sospecha de autismo, ADD.*

P2: *Los motivos de consulta más frecuente son las dificultades en la lectura y la escritura y la dispersión, los problemas de atención en la escuela. En el caso de la lectura y la escritura vienen a veces con el rótulo de la supuesta dislexia, papas preocupados porque le dicen en la escuela que tiene dislexia, o algún otro profesional que han consultado.*

Ps5: *Ahora en general el clima predominante es algo así como ya viene con un diagnóstico, ya vienen con un diagnóstico emitido por Internet en general, o bien por previas consultas, si los cuadros son más o menos digamos con un cierto grado de dificultad, muchas veces hay consultas previas y a mí me llegan después de un cierto recorrido, que a veces es un derrotero porque es doloroso (...) yo te diría que hay una gama de problemáticas... la primera podríamos pensar viene por el lado de lo que aparece como puerta de entrada que son los trastornos del lenguaje, dificultades en la adquisición en la apropiación de la lengua, eso a veces digamos tiene que ver con cuadros obviamente de retraso simples en el lenguaje o problemáticas ligadas al autismo (...) También tenemos un segundo nivel de consulta muy frecuente que es chicos con*

inquietud, desatención, hiperactividad y demás, muchas veces llega como categorizados como TDH o ADD o sea trastornos por déficit de atención (...) Otra punta son directamente los trastornos de conducta, chicos agresivos chicos que muchas veces son etiquetados como opositoristas y desafiantes (...) Y también recibo pero menos, chicos que tienen dificultades de escolarización... Ahí viene todo el trabajo de diagnóstico sobre dislexia y demás. O sea, estos serían como más o menos (...)

Ps1:*Muchas veces la impulsividad, los desbordes del afecto, la desatención, el opositorismo -como ejemplo de algunos malestares de la niñez y la adolescencia actuales- suelen englobarse en diagnósticos homogeneizadores y preestablecidos (Trastorno de Hiperactividad con o sin Desatención, Trastorno de Opositorismo Desafiante, Trastornos del Espectro Autista, entre otros) que reducen a una lógica individualista y a una etiología neurobiológica (y muchas veces supuestamente genética) el padecer de un niño, objetivándolo en categorías rígidas y simplificadoras que conducen directamente a la medicalización.*

Tal como estos profesionales expresan, se puede observar un incremento de diagnósticos emitidos por Internet o por otros profesionales, se podría decir que se está patologizando la infancia, esto se convierte en un “fenómeno que clausura en categorías diagnósticas toda posibilidad de constitución subjetiva”, a su vez encubre bajo un rótulo o etiqueta diagnóstica, los problemas reales y sufrimientos del sujeto.

El etiquetamiento, que se promulga como definición de la identidad de un niño desde una presunta deficiencia, es un proceso que conlleva construir una imagen del niño a raíz de un suceso aislado o de la mirada y el decir de otros, y que se utiliza para determinar al niño con un rótulo que contiene a toda su persona, su historia, su familia, su contexto, sus vivencias, etc. El hecho de clasificar a las personas desde sus diferencias no logra otra cosa que disgregarlas y marginarlas, esto sucede cuando el niño deja de ser tal, para ser el nombre de una patología o ser lo que no puede, el que no puede hablar, el que no puede escribir, el que no puede jugar con otros, el que no puede quedarse quieto, el que no puede ser igual que los otros, sin valorar lo que el niño es y puede lograr.

M1: *Entonces el chico deja de ser Mariano para ser ADD, deja de ser Julieta para ser un TGD y eso es despersonalizar*

P2: *Yo creo que hoy hay un fenómeno muy difundido de transformar en patologías cosas que no lo son, me refiero a los procesos de aprendizaje fundamentalmente, muchas de las cosas que les pasan a los chicos que a veces son esperables en el proceso de aprendizaje hoy son transformadas rápidamente en patologías, ¿no? Un nene que tiene dificultades para alfabetizarse rápidamente es disléxico, y después cuando se patologiza un proceso, aparece enseguida la cuestión neurobiológica y esto lleva a la medicalización para mí eso es muy peligroso.*

Se coincide con que un buen diagnóstico puede aliviar incertidumbres, pero muchas veces cuando no alivia, descarrila quedando reducido a la clasificación de algo que escuetamente “es”. Por lo tanto, ese ser niño cosificado, pasa a ser un cuadro, un trastorno, una patología, anulando de esta manera su subjetividad. Sin duda, es la finalidad de las clasificaciones y de los psicofármacos.

El reduccionismo es el centro de los fenómenos de patologización y por lo tanto se vinculan estrechamente con el de medicalización y sin duda el segundo requiere del primero para desarrollarse. En otras palabras, para que exista la medicalización, antes deberían considerarse como patológicas ciertas conductas, características, estados de ánimo y circunstancias propias de la vida.

Se recurre a la medicalización y patologización de las infancias, como dice Naddeo (2013), dado que los adultos tienen una mirada sobre los niños que, en vez de explorar sus necesidades y propuestas, los analizan sin reconocerlos como sujetos en constante cambio, que están en contradicción con su entorno y también sobre-estimados por la mediatización. Por lo que, aquellas conductas activas de los chicos son etiquetadas como síndromes de padecimientos mentales. Como consecuencia de ello, hay un aumento del reclamo de la institución escolar y redes de salud por tratamientos medicalizados. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de medicalización?

Retomando lo indagado y expuesto en el capítulo II, según el diccionario de salud pública de Kishore se infiere que la medicalización es “la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos

problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas” (Márquez y Meneu, 2003:45).

Los profesionales entrevistados, expresan al respecto lo siguiente:

Ps5: *Medicalización es no sólo la administración de un medicamento, sino una forma, una perspectiva donde vos haces una lectura de la problemática en términos que tienen que ver con categorías y perspectivas médicas, entonces esas perspectivas se reducen a lo biológico, y dejan afuera una cantidad de sobredeterminaciones que tienen los cuadros o las situaciones (...)*

(...) Medicalizar lo que hace es reducir el espesor y la complejidad de una problemática a una suerte de simplificación: “acá esta la pastilla y acá resolvemos el problema” y plantear que la resolución del problema pasa por la medicación, no es ya, como una de las intervenciones, sino que ahí radica la resolución del problema, eso es digamos de alguna manera la medicalización.

Ps2: *Necesitamos partir de la idea de que la medicalización es una tendencia impuesta en la cultura por el Modelo Médico Hegemónico, que tiende a ir incorporando diversos fenómenos a las explicaciones surgidas de la ciencia médica (...) se medicaliza cuando busco dar explicaciones médicas a fenómenos que requieren otras perspectivas para ser comprendidos y explicados (...) como resultado de la medicalización se da muchas veces la medicamentación, es decir, en base a inferir una supuesta alteración orgánica (que a veces existe desde luego) considero que un fármaco curará y resolverá el problema o su manifestación (...)*

M1:*(...) considerar que todos los niños son iguales, todas las condiciones mentales/emocionales también, y todos deben recibir idéntica medicación y por tiempo indeterminado.*

P1: *la medicalización es cuando inventas un síndrome para darle a un niño una pastilla.*

Ps4: *(...) la medicalización es una forma de violencia, cada vez que apelas a una pastilla para que el chico se quede quieto, y lo que se*

encubre es la desorientación y la falta de recursos de los adultos que se hacen cargo de ellos.

(...) actualmente se está produciendo un cambio, ya no hablamos de medicalización, se habla de biomedicalización, porque las estrategias de marketing de los laboratorios ya ahora no se dirigen tanto a los profesionales, sino directamente a los usuarios, es decir a las familias, a los docentes, a los adultos, entonces te meten en la cabeza que tu hijo puede tener esto, lo otro, lo de aquí, lo de allá (...)

Se puede observar una cierta coincidencia entre los profesionales citados cuando responden acerca de la medicalización, como un posicionamiento desde el cual se realizan las lecturas de las problemáticas, como una tendencia impuesta, como un reduccionismo, como una forma de violencia.

Puntualmente en este último fragmento, extraído de la entrevista de Dueñas, la profesional hace referencia a un cambio, ya no se habla de medicalización sino de biomedicalización. Iriat e Iglesias Ríos (2012), utilizan esta categoría elaborada por Clarke, aludiendo al sufrimiento infantil que se pone en evidencia en los cambios tanto socioeconómicos, políticos e ideológicos culturales que van transformando la sociedad. Este término, apoyándose en los desarrollos foucaultianos acerca del biopoder, refiere a la “internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los mismos individuos”.

Se advierte así que quienes se han apropiado de estos discursos, parecen desarrollar un “estado de alerta” permanente ante potenciales riesgos e indicios que puedan derivar en una patología, de modo que, con frecuencia y apelando para esto a toda la información disponible en Internet y otros medios al servicio de padres y maestros, al ser sencillos métodos de detección y diagnóstico que facilitan la difusión de cuadros patológicos. Es por esto, que ya no requieren necesariamente de la intervención médica para proceder incluso a “auto diagnosticarse” y/o “diagnosticar” a sus hijos o alumnos, en el caso de los docentes.

En relación con la medicalización, Bianchi (2013) propone que tiende a ser un concepto fundamental para lograr comprender aquellas representaciones en las que el cuerpo del niño se transforma en objeto de saber, en indicador de poder y también en campo de innumerables intervenciones. Por lo tanto, la infancia se consolidó como depositaria de las estrategias de normalización de los diversos dispositivos como son

las instituciones, ya sean la escuela y/o la familia, desde hace ya dos siglos en el preciso momento en que se la ubicó en el primer lugar de las campañas de gestión de las poblaciones, formando parte del proceso de medicalización de la sociedad.

De este modo, se observan diversos factores sociales que en interrelación sustentarían, en menor o mayor medida, los fenómenos de patologización y medicalización de la infancia. Cuando interrogamos a los profesionales, al respecto comentaban lo siguiente:

Ps2: *Hay diversos factores. Los hay de orden cultural relativos a las exigencias culturales de plena satisfacción y goce impuestas como relatos cotidianos por los medios de comunicación y la publicidad. (...) Hay factores desde luego ligados a intereses económicos que foguean permanentemente líneas de pensamiento e intervenciones profesionales favorables a la medicalización y la patologización (...)*

P2:*(...) creo que hay factores institucionales, culturales y hoy factores del mercado (...)*

C1: *El factor central es el económico, es el primer factor que produce medicalización. (...) El segundo factor es la ignorancia, propiciada también o acentuada por los medios de comunicación (...) Para mí son esos dos factores centralmente. Lo que tiene que ver con lo económico en convivencia con los medios de comunicación.*

En vinculación con esto, anteriormente se había planteado que los protagonistas del proceso de medicalización son múltiples y complejos. A simple vista se puede comenzar analizando a los proveedores de salud, ya sean profesionales o empresas farmacéuticas, como así también a los medios de comunicación, que en los tiempos que corren desempeñan un papel esencial. Los médicos son los primeros actores de este proceso, ya que son ellos quienes les dan vida a aquellos problemas sociales, además estos profesionales como investigadores o prescriptores, en ocasiones se encuentran en estrecha vinculación con la industria, incluso la creación de nuevas enfermedades proviene de ciertos grupos de investigadores subsidiados. Posiblemente sean los pacientes, también los protagonistas de este proceso, quienes actúan desde terapéuticas conservadoras como la medicina preventiva con fármacos, ya que una medicina participativa requiere un cambio cultural, que implicaría que los médicos pierdan poder, estatus y control.

Con respecto a esto y a partir de los datos obtenidos se analiza que los factores sociales podrían, de cierto modo, agruparse en factores: culturales, económicos, políticos e institucionales. Algunos profesionales entrevistados se refieren a ellos explícitamente y otros, más bien indirectamente. El factor predominante pareciera ser el cultural, debido a que en cierta medida comprendería al resto de los factores sociales. Algunos fragmentos rectifican esta reflexión:

Ps2: *La cultura plantea un tipo subjetivo en donde el sufrimiento es algo que está mal y es necesario recurrir a recetas que en un corto plazo o de manera inmediata repare ese “mal funcionamiento”. Desde vitaminas para el cuerpo que se fatiga hasta los ansiolíticos para no padecer angustias, la cultura ha incorporado los fármacos como un suplemento más para el supuesto buen vivir.*

P2: *Yo creo que hay factores culturales, de que todo tiene que ser rápido, dar resultados exitosos, entonces se les exige a los niños un ritmo que no todos pueden seguir, hay factores de la misma institución escolar que pretenden con la conducta homogeneizar a todos los niños, cuando un niño se escapa de esa norma se lo mira sospechosamente (...)*

Ps3: *los diagnósticos exprés, la mala utilización de protocolos de pesquisa precoz como instrumentos diagnósticos (...) la prevalencia en el profesional del paradigma neurobiológico de la salud mental en la infancia.*

M1: *ignorancia médica, repetición de enfoques sin singularización, (...) urgencias impostadas por la demanda de familiares, docentes u otras personas vinculadas al niño, que prefieren apagar síntomas que ayudar en su condición particular.*

C1: *(...) la ignorancia, propiciada también o acentuada por los medios de comunicación que lo que hacen es divulgar todas estas cuestiones y hacer que los padres terminen demandando algo que creen que es bueno para sus hijos (...)*

Como sabemos, el contexto actual enmarca una sociedad que, como diría Janin (2011), idealiza el éxito fácil, el poder, la imagen y consecuentemente el consumo como

producto de la filosofía neoliberal que viene ejerciéndose en el mundo desde 1970. Esto a su vez, justifica en cierta forma la supresión de las diferencias entre el niño y el adulto, lo cual conlleva a la idealización de la infancia y a desvalorizar el rol de protección de los mayores.

En este contexto cultural, el discurso de las neurociencias organiza y vende una nosografía, plantea Vasen (2013), pero la fundamentación bio-genética no es suficiente al momento de explicar "por qué el estado de cosas está como está: una pandemia de chicos hiperactivos, disatencionales, bipolares opositoristas desafiantes o autistas" (Vasen, 2013:91)

Es evidente que este discurso, apolítico, convierte intereses económicos y empresariales en conocimientos neutros instituidos como verdades. Los representantes de esta corriente que sitúa a las neurociencias como el paradigma biopolítico funcional al neoliberalismo; un precursor comunicacional sostenido por los medios corporativos y las empresas farmacológicas.

Intrínsecamente al factor cultural, se visualizan los factores económico y político, íntimamente relacionados a los fenómenos de patologización y medicalización. Estos factores se reflejan en los siguientes fragmentos:

P2: (...) *hay una industria enorme detrás de las supuestas patologías, detrás de la dislexia la industria es enorme cada vez se proponen nuevas técnicas de detección, tratamientos para curarla que incluyen equipos tecnológicos, el mercado se va ampliando con instrumentos sofisticados y de ahí a la medicación hay solo un paso, hoy La industria farmacéutica ha arrasado con todo, sino fíjate las publicidades que te dicen "para rendir mejor, tomate tal cosa", complejos vitamínicos para no sentir cansancio y estar mucho más activo. Es impresionante el mercado, la publicidad, la industria (...)*

C1: (...) *La enorme ganancia que produce, el enorme beneficio económico que esto conlleva para ciertos grupos, no solamente lo que tiene que ver con laboratorios sino también la oferta de tratamientos. Entonces medicalizar y ofertar, hay un mercado de ofertas de tratamientos. Bueno este es el primer factor que genera que haya tantos niños medicalizados, niños etiquetados.*

Ps2: *Hay factores desde luego ligados a intereses económicos que foguean permanentemente líneas de pensamiento e intervenciones profesionales favorables a la medicalización y la patologización. Por ejemplo, en el año 2015 el Forum Infancias debatió en el ámbito del Ministerio de Salud, Maternidad e Infancia, la reglamentación de la lamentablemente sancionada Ley TEA (Trastorno del Espectro Autista), en la que algunas organizaciones y especialistas abogaban por la implementación del M-CHAT Los autores de la Lista de Verificación para el Autismo en Niños Pequeños Modificada “no la consideran una herramienta de diagnóstico, sino como una herramienta para el cribaje de casos sospechosos” Sin embargo se pretendía utilizarla en una toma a los 18 meses en población general y, a pesar de que no constituía una herramienta diagnóstica terminaría aplicándose como tal arrojando una cantidad preocupante de falsos positivos, es decir, muchos niños y niñas que cargarían con una patología que no padecen (...)*

P2: *(...) habrás escuchado que se sancionó una ley de dislexia donde uno de los puntos de la ley, lamentablemente, es el diagnóstico temprano y eso es muy peligroso, porque como vas a diagnosticar una dificultad de lectura en un niño tempranamente cuando todavía no aprendió a leer y escribir, entonces ahí se arma algo muy dañino, muy iatrogénico, se habla de detección temprana en jardín (...)*

Ps4: *(...) la industria farmacéutica se ha dirigido a la escuela, coloniza digamos a las escuelas, los maestros, los psicopedagogos que trabajan en las escuelas, porque se han avivado porque saben dónde encontrar chicos, en las escuelas escolarizados desde temprana edad, entonces si queremos medicalizar pibes comencemos por las escuelas (...)*

Se visualiza como se combinan diversos factores, como el corrimiento del Estado en garantizar educación y salud para todos, con un auge de las políticas neoliberales, un negocio multimillonario en mano de laboratorios y una sociedad que constantemente busca la adaptación del sujeto a las condiciones de exigencias actuales sin medir costos, lo que conlleva a introducir y naturalizar el aumento exponencial del consumo de psicofármacos en la infancia, buscando de esta manera la adaptación del niño a los requerimientos impuestos por la época.

Es así como se promueven prácticas que vulneran los Derechos de las personas, en general, pero se advierte al respecto que esto se torna aún más grave, cuando nos detenemos a pensar que este tipo de políticas medicalizadoras impulsadas por los intereses de ciertos sectores del mercado, principalmente los de la Industria Farmacéutica, parecen estar en los últimos tiempos focalizando su atención en un sector de la población particularmente vulnerable, al tomar como “objeto” de las mismas, nada menos que a los niños, niñas y adolescentes, cuyo psiquismo y subjetividad, como se sabe, están en pleno proceso de construcción.

En este punto, se considera oportuno revelar cómo estos fenómenos han colonizado el campo escolar. En este sentido se cuestiona: ¿Qué lugar ocupa la escuela y los actores que la conforman? En pos de favorecer los fenómenos de patologización y medicalización, o más bien contraponiéndose a esta problemática actual.

Ps2: *Entiendo que el papel de la escuela es crucial. Quienes apuntan a la aplicación de manuales diagnósticos como el DSMV, nomenclatura sumamente cuestionada en el mundo y en nuestro país, desarrollan campañas de “capacitación” para docentes que en general hacen eje en las neurociencias pero que apuntan a potenciar el papel derivador del docente hacia profesionales que rápidamente medicalizan los malestares escolares (...)*

N1: *(...) en general la escuela es expulsora del distinto, la tendencia es uniformar y no tender a individualidad. (...) una complicidad profesional, docentes y padres de buscar el atajo más sencillo.*

P1: *me lástima que los maestros crean que ésta es la solución para la infancia, que estén pidiendo medicación para los chicos (...)*

Ps4: *(...) la relación escuela-familia está muy conflictiva últimamente, entonces los docentes evitan llamar a los padres, salvo a decirles “mire su hijo tiene un problemita, pero si va al neurólogo acá a la vuelta, con una pastillita se resuelve” entonces el padre está agradecido, en vez de enojarse, porque no lo involucras.*

P2: *La escuela puede ayudar en el sentido de no patologizar y respetar los procesos de aprendizaje, emocionales involucrados en el aprendizaje o la escuela puede hacerse cómplice de estos procesos de*

patologización, el sistema escolar a veces tiene una impronta de homogeneizar de esperar que los niños funcionen todos a un mismo ritmo, por suerte hay muchos docentes con otras miradas que pueden comprender que esto no debe ser así, con propuestas diferentes. Pero la escuela debe ayudar, como teniendo un rol subjetivante o desubjetivante en el proceso de aprendizaje de los chicos.

C1: La escuela es una de las instituciones atravesadas por el discurso hegemónico, la escuela no es la propiciadora de la medicalización, la escuela se halla ella misma atravesada por este fenómeno que la corre del lugar del saber del aprendizaje específico de los niños, y la escuela en relación a todo esto es una gran perdedora, porque es sacada del lugar y los docentes corridos de su conocimiento, alguien les dice que es un experto y que sabe lo que le pasa a ese niño y lo que hay que hacer con él. Y después están las situaciones particulares de cada escuela o de cada docente, pero esto es una cuestión que no tiene que ver con una lectura clínica sino más bien política. La escuela queda barrida de su lugar y su potencia, pierde la potencia de producir cambios en relación a esos niños.

M1: La escuela es uno de los lugares con mejor perspectiva para identificar aquellos niños con problemas en los que se plantean dilemas diagnósticos. El conocimiento que tienen diversos actores en la escena áulica sobre determinados chicos debería ser parte activa en la confección de diagnósticos (en el sentido de hipótesis), junto con los padres y profesionales médicos.

La escuela no debería ser agente de presión para rotular a los niños con diagnósticos/lápida. No son TEA, TGD o ADD, son niños con nombres, edades y familias particulares que deben ser reconocidos como tales, y no los "molestos", los "raros", los "tímidos" o diversos apelativos que luego son imposibles de cambiar.

La escuela no debería demandar medicación para conservar la conducta o el orden áulico, ya que de tal forma vulnera todos los derechos del niño como sujeto diverso.

Ps1: La escuela tiene una función insustituible de transmisión de conocimientos y formación de ciudadanos. Por eso tiene un lugar

paradojal, puesto que necesita en cierta medida homogeneizar: todos los niños deben ser iguales puesto que esta igualdad es lo que los instituye como ciudadanos. Pero al mismo tiempo necesita pensar las singularidades, porque de otro modo las propuestas homogeneizantes no pueden ser apropiadas por cada uno de los niños. Si la escuela patologiza las diferencias, si espera que todos los niños aprendan del mismo modo y en el mismo tiempo, las singularidades se pierden y los sujetos no hacen sino responder a propuestas sobreadaptativas.

Ps4: *Los docentes son objetos de este tipo de prácticas colonizadoras del marketing de los laboratorios, como los psicopedagogos, porque yo indagando con más profundidad con los maestros de donde habían sacado esto del ADD, vos sabes la cantidad tan significativa que me decía “de páginas de internet, de libros o de cursos que nos recomendaban los profesionales del equipo”, ¿Quiénes eran? Los psicopedagogos y los psicólogos, o sea, te digo la verdad, es muy fácil echarles la culpa a los maestros, pero además de carecer de formación suficiente, los equipos que los acompañan son de esta línea, el problema siempre lo va a tener el nene, se solucionan con una pastillita, ¿no te presta atención? No tiene que ver con vos, el problema es del nene, no tiene nada que ver con la escuela, con la historia familiar (...)*

Ps5: *la escuela cumple como papeles diversos en distintos sentidos, la escuela puede bien entendida alojar esa diversidad y ver cómo se modifica, dibuja y diseña estrategias para abordar la problemática de los chicos que no aprenden como todos los otros. Puede en vez de alojarlo, desalojarlo, y entonces plantear que este chico ya no es más un alumno de la escuela, sino que pasa a ser un caso digamos en interconsulta, o directamente derivado a un psiquiatra o a un neurólogo. Ese chico ya deja de ser pensado como alumno, como decía hoy en la charla, y pasa a ser pensado como un caso, “no es mi responsabilidad” diría el docente, que se pierde entonces también de la posibilidad de replantear su trabajo, y pensar cómo adecuar digamos su institución, su enseñanza, su contacto con ese chico, para ver que ese chico aprenda (...) Así que yo creo que ahí hay un desafío que la escuela (...) la escuela se tiene que encargar, como decía Norma Filidoro, decía para*

mí la escuela común tiene que ser más especial y la escuela especial tiene que ser más común.

De estos fragmentos se puede analizar por un lado, como algunos profesionales consideran que la escuela es víctima de los procesos de patologización y medicalización, que se encuentra atravesada por estos fenómenos y por el discurso hegemónico, que responde a un mandato, que los maestros son objetos de este tipo de prácticas de marketing; y por otro lado analizamos aquellos profesionales que sostiene que la escuela es expulsora del distinto, es el medio ideal para la propagación de estos fenómenos y no se encuentra ajena a esto, que los docentes se dejan atravesar por el discurso de las neurociencias sin cuestionarlas, que la relación familia-escuela es muy conflictiva y los docentes optan por derivar al niño y su familia al neurólogo. Pero sin dudas la escuela es un lugar insustituible de transmisión de conocimiento, de saberes, de valores, por tal motivo se coincide particularmente con el profesional que plantea que la escuela se encuentra en un lugar paradójal.

Janin (2013) plantea que es necesario pensar la escuela como un espacio fundamental para la constitución de la subjetividad y no solamente como un espacio que prepara para el mercado laboral, que se presenta sumamente competitivo.

Por lo que, el objetivo sería producir prácticas superadoras que le permitan a la escuela ocupar su lugar como trasmisora intergeneracional, que también le otorga un lugar a los sujetos. No obstante, es válido aclarar que en muchas oportunidades este objetivo no se cumple, lo cual queda plasmado en los aprendizajes no obtenidos, abandono, repitencias, en síntesis, lo denominado como fracaso escolar.

En ocasiones sucede que, la institución escolar se enfoca en afirmar supuestos diagnósticos, que tendrían su origen fuera de la misma, en lugar de disponerse a indagar los motivos por los cuales los niños no pueden aprender. Adjudicarle el problema solo al niño, conllevaría a no visibilizar las dificultades de todo el colectivo escolar. En este contexto, algunos profesionales de la educación y la salud divulgan el discurso donde la escuela y la sociedad, en sí son “víctimas de niños inadecuados, anormales, enfermos”.

Conclusiones y discusiones

No hay niños difíciles, lo difícil es ser niño en un mundo de gente cansada, ocupada, sin paciencia y con prisa.

Anónimo

En definitiva, para exponer las conclusiones a lo tratado precedentemente aquí, consideramos importante remontarnos a los objetivos e interrogantes, que dieron lugar a esta investigación, con el fin de intentar darles respuesta.

Estos apuntaban a la correlación existente entre las nuevas modalidades de construcción diagnóstica y los llamados fenómenos de patologización y medicalización de la infancia, con el constante aumento de prescripción de medicamentos que benefician al mercado de la industria farmacéutica, como así también atrofiando el pensamiento crítico reflexivo de los adultos responsables –padres, docentes, directivos, profesionales de la salud.

Buscando una respuesta, decidimos comenzar investigando las formas de diagnosticar desde diferentes paradigmas. A partir de la indagación, nos encontramos con dos modalidades diagnósticas, que resulta necesario diferenciarlas ya que tanto una como la otra, atañen de manera indirecta sobre un tipo determinado de tratamiento o intervención, que podría suscitar efectos desubjetivantes o subjetivantes, dependiendo de cuanto se tenga presente la singularidad del sujeto, pretendiendo adaptarlo a los avatares socio-culturales que se exigen actualmente, o por el contrario generando una interpretación que permita explicar las determinaciones singulares y complejas de cada problemática.

Por lo tanto, consideramos que es fundamental ser conscientes acerca de quién, por qué y para qué realiza el diagnóstico, así como también saber desde qué marco teórico se va a efectuar, ya que el profesional no puede ser a-teórico ni a-político tal como se propone desde el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM-.

Dado que cierta modalidad diagnóstica infiere en los fenómenos actuales de patologización y su consecuente medicalización, descubrimos una estrecha vinculación la cual analizamos y expondremos brevemente a continuación.

Advertimos que, al momento de realizar un diagnóstico en ocasiones se produce un etiquetamiento y seguido a esto, sin dudas, se recurre a un tratamiento preciso. La

terapia suele tener tanto beneficios como efectos adversos, por consiguiente, en muchas oportunidades se opta por la vía más rápida y considerada a su vez más eficiente, la cual resulta ser la medicación.

Al mismo tiempo podemos decir que, patologizar se transforma en una operación que da origen a la exclusión de ciertas dimensiones propias de las problemáticas de los sujetos, representa un vínculo "médico-enfermo" que conlleva a la exclusión de la posición subjetiva de los actores involucrados.

Por su parte, el fuerte impacto del discurso de las neurociencias da lugar a patologizar conductas que no se consideran "normales" y que no se ubican dentro de ciertos "estándares", definiéndolas como déficits, trastornos, síndromes que surgirían de una falla del sistema neurológico.

Este discurso no es ingenuo y promueve tratamientos psicofarmacológicos que aplacarían los malestares de las personas, generando efectos poco saludables en términos de constitución subjetiva y vulnerando sus derechos. Esto último se refleja en los avatares actuales de la infancia, el lugar que les brindan las instituciones escolares a los niños y su contemplación legal dentro de las Políticas Públicas del Estado.

Entonces, resulta pertinente esclarecer que en ningún momento cuestionamos la medicina y sus avances, que posibilitan la detección temprana con tratamientos exitosos. Lo que sí se pone en discusión acerca del concepto de "medicalización" es una tendencia que, apoyada por el biologicismo e innatismo, avanza en pos de homogeneizar no solo a la sociedad en general, sino que, con mayor énfasis a la niñez y adolescencia, reduciendo notablemente su complejidad como tal.

Un agente importante para la medicalización es hoy la industria farmacéutica, con su agresiva promoción de productos, sponsoreo de eventos médicos, publicidad en revistas profesionales, aunque sean solo los médicos los prescriptores de la medicación. De este modo, la industria farmacéutica se constituyó como el soporte del modelo patológico imperante, el DSM, promoviendo presuntas bases científicas y aceptando la utilización de psicofármacos en edades tempranas.

Por este motivo, si el fármaco se constituye como la respuesta, se comienza a construir un modelo del cual se interpreta que el uso de una droga va a eliminar un malestar. De esta manera, se puede decir que se introduce en el sujeto la lógica del consumo. Sobre esta cuestión recabamos datos acerca del aumento de la prescripción

de medicación en diferentes países, particularmente el exacerbado consumo de psicofármacos en la infancia. Los recetados con mayor frecuencia son Metilfenidato, Risperidona, Valproato y Sertralina, en los siguientes países: Estados Unidos, Uruguay, Chile, Suecia, Francia, España, Portugal y Argentina.

En lo que concierne a nuestro país, no existen publicaciones de estadísticas oficiales sobre niños diagnosticados y menos aún de niños medicados, sin embargo, el Ministerio de Salud de la Nación emite, en el informe N°70 de abril de 2007, que existen en el país 50.000 casos diagnosticados, de los cuales 20.000 son tratados con medicación.

La utilización de psicofármacos en la temprana infancia es un hecho real y cada vez con mayor incremento. No obstante, uno de los psicofármacos más prescritos es el Risperdal²², que en su prospecto plantea puntualmente que está contraindicado para menores de 5 años, que no debe recetarse para problemas de conducta y la duración de tratamiento, en niños mayores de 5 años, no debería superar las 6 semanas.

Llama la atención como en los últimos años hay cada vez más niños que no se adaptan a lo esperable y padres desesperados porque sus hijos no logran lo que otros niños sí, por lo tanto, necesitan un mayor apoyo por parte de los profesionales y de la institución escolar. Así mismo, la escuela se encuentra colapsada por demandas de diversas índoles, y tampoco está preparada para alojar la diversidad

En este sentido Rodolfo (2008) alude a la patologización de las diferencias sobre todo en el territorio escolar, el cual resulta fecundo y permite el desenvolvimiento de este fenómeno. La idea que se promulga es la de "adaptarse" a la sociedad. Así, la patologización de las conductas de las personas, sobre todo en el ámbito escolar, es el medio para esa "adaptación". La patologización de la educación se desenvuelve en un marco de una transformación ficticia de problemas que surgen en el entorno escolar y son llevados al espacio médico. Sin duda existe una transposición del modelo médico a la educación, en lugar de trabajar cooperativamente desde la promoción de la salud.

Entendemos que, para que un niño se constituya como sujeto se tienen que dar determinados hitos lógicos de la constitución subjetiva, que son considerados como operaciones que necesitan de la presencia de otro y que son estructurantes del propio aparato psíquico.

²²www.vademecum.es/medicamento-risperdal_prospecto_60336

Consecuentemente, lo que da lugar a un sujeto cognoscente, capaz de pensarse y enunciarse, movido por el deseo de saber, por la curiosidad que lo impulsa, de la angustia por desconocer, es el funcionamiento del Preconsciente y del Yo, en correlación. En otras palabras, se denomina sujeto cognoscente a una persona inteligente, la cual está constituida por prerrequisitos y requisitos, que posibilitan la inteligencia en sentido estricto y de este modo, se diferenciarían los problemas de inteligencia de los problemas de aprendizaje.

Coincidimos con Kuitca (2013) cuando plantea que no existe una única manera de aprender, de jugar o de vincularse con otros, de expresarse, entonces ¿por qué se insiste en unificar? Correspondería a esto un cambio de paradigma, pensar la igualdad como equidad y no como homogeneidad, reconfigurar los formatos escolares, para propiciar la inclusión, desde la imaginación y creación de diversos modos de enseñar, dando lugar a la singularidad ya sea de los niños, docentes, autoridades, familias y todo aquel actor involucrado en la educación. En este sentido nos interrogamos ¿Qué pasa actualmente con las adaptaciones curriculares?

El análisis de los datos, en relación con el marco teórico propuesto anteriormente, nos permitió esclarecer con mayor exactitud como los fenómenos de patologización y medicalización, en los últimos años incrementaron sideralmente. Este proceso tiene su sustento en los factores sociales y observamos en relación a este tema que, desde que el DSM se constituyó como la principal referencia, considerada “científica”, para clasificar las problemáticas y los padecimientos psíquicos de las personas, no son pocos profesionales del campo de la salud mental que parecieran haber quedado sometidos a un doble imperativo biológico y por lo tanto, su principal objetivo estaría orientado a detectar y perseguir la anomalía psíquica, de la misma manera en la que se detecta una enfermedad orgánica. Es válido aclarar que la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/10, desaconseja el uso de este tipo de manuales.

A partir del análisis de datos pudimos observar, que los profesionales entrevistados concuerdan con que, la medicación por sí sola no resulta tan beneficiosa, sino que además de ella se necesita un abordaje terapéutico de orden integral. Hoy, la oferta de tratamientos es amplia y está sustentada por factores de índole sociopolítico, cultural, económico e institucional, que directa o indirectamente promueven los fenómenos de patologización y medicalización, sobre todo en la infancia.

Además, se observó que se promueven prácticas que vulneran los derechos de las personas, esto se torna aún más grave cuando nos detenemos a pensar que este tipo de políticas medicalizadoras impulsadas por los intereses de ciertos sectores del Mercado, principalmente los de la Industria Farmacéutica, parecen estar focalizando su atención en un sector de la población particularmente vulnerable, al tomar como “objeto” de las mismas nada menos que a los niños, niñas y adolescentes, cuyo psiquismo, como se sabe, está en pleno proceso de construcción.

Estas prácticas establecen una forma de violencia, que en algunas ocasiones es invisible pero sostenida por profesionales de la salud y la educación que promueven sin criterios dichas prácticas patologizadoras y medicalizadoras.

Estos fenómenos se han difundido, de tal modo que han sobrepasado hasta alcanzar a “todos”, sin distinción de clases sociales. Consecuentemente, observamos con preocupación el significativo acrecentamiento de niños y jóvenes acarreado “certificados de discapacidad” por “trastornos mentales”, que actualmente se tramitan en distintos hospitales públicos, y su único beneficio se encuentra en la cobertura de honorarios percibidos por prestaciones profesionales.

Oportunamente Dueñas, en el marco de las IV Jornadas Psicopedagógicas - que dieron cita en la ciudad de Villa María, provincia de Córdoba, en el mes de agosto de 2017- refiere con preocupación a la cantidad de certificados de discapacidad emitidos en los últimos años, plantea que en el año 2009 se tramitaron 25 certificados, mientras que, en el año 2014 los certificados por discapacidad mental rondaron los 12.000 en niños entre 5 y 9 años. Sin duda, es una cifra que captura poderosamente la atención y nos transporta a cuestionarnos y reflexionar, porque actualmente la infancia adopta estos modos, porque hay tantos niños con TDHA, TGD, TOD, TEA, etc.

Finalmente, recalamos que no cuestionamos que existen personas con enfermedades reales, cuyas deficiencias podrían estar alterando su desarrollo cognitivo, motor, sensorial, pero reconocemos a niños normales y saludables que presentan comportamientos y formas de aprendizaje distintas. A partir de esto nos preguntamos, ¿Por qué es necesario transformar esas conductas en enfermedades? ¿Por qué es necesario nominarlas y sancionar una ley para acceder a un tratamiento integral? ¿Por qué consideran importante que los docentes se capaciten para detectar este supuesto “trastorno” en el aprendizaje, sin recurrir a profesionales competentes y éticamente

responsables? ¿Desde qué concepciones de dificultad se aborda a la infancia actualmente? ¿A qué intereses responde?

Otro punto a tener en cuenta, son aquellas consideraciones que no tuvieron lugar en esta investigación, tales como la influencia de las medidas escolares, las diferentes practicas escolares que generan exclusión o que no les permiten a los niños ser/estar en la escuela, la divulgación de problemas escolares como el Bullying, la construcción de vínculos, entre otros temas relevantes que podrían ser analizados en un futuro.



Tendiendo Puentes

Una Propuesta Psicopedagógica

Tendiendo puentes: Una Propuesta Psicopedagógica

*La infancia es tiempo de experiencias, de aperturas,
es tiempo de movimiento, en un devenir de posibilidades.*

Untoiglich G.

A continuación, se presenta una propuesta psicopedagógica, diseñada en el marco del trabajo final de grado, acorde a nuestro futuro rol psicopedagógico y las incumbencias que nos atañen.

Tal como se establece en el Código de Ética para todos los psicopedagogos de la provincia de Córdoba, rol y acción del profesional se basa puntualmente en el trabajo para la “consecución plena de los objetivos del aprendizaje humano, la realización personal y la integración social”.

Es incumbencia de los psicopedagogos comprender e intervenir sobre los procesos implicados en el aprendizaje teniendo en cuenta la subjetividad de los actores involucrados. Es por esto que, no se deberían desarrollar procesos de intervención tendientes a catalogar y etiquetar a los niños, demarcando así su futuro, sin considerar el lugar de los adultos, es decir padres, docentes y otros actores que se encuentren involucrados. En este sentido, las prácticas de los profesionales deberían sustentarse desde un enfoque de la complejidad, con respecto a los factores causales de las dificultades, que pueden radicar, por ejemplo, tanto en restricciones en la constitución psíquica como también en la producción subjetiva de los niños.

Desde esta perspectiva se pretende respetar y cumplir con lo propuesto por el Código de Ética Profesional que establece, como uno de los deberes, que la profesión debe ejercerse con responsabilidad, criterio científico y promoviendo el bienestar, el respeto y la salud de la sociedad en general.

Es deber primordial del Psicopedagogo que ejerce la profesión en cualquiera de sus formas, ya sea pública o privada, respetar y hacer respetar todas las disposiciones legales y reglamentarias que inciden en actos profesionales.

Por este motivo, desde la praxis es peligroso y factible caer en el reduccionismo que implica la mera medición de cocientes intelectuales, clasificaciones, edades mentales y etiquetas, que terminan encasillando a los sujetos en diagnósticos

determinantes y estigmatizando sus destinos. Es así como nos preguntamos, en este caso, ¿Qué podemos hacer como psicopedagogos?

En este sentido, González (2012) propone una serie de lineamientos generales:

- Trabajar conjuntamente en interconsulta con médicos pediatras, neuropediatras, psiquiatras infantiles para compartir los saberes de cada disciplina;
- Ser partícipes de acontecimientos científicos, donde nuestros saberes, en relación con los primeros aprendizajes, atraviesen el discurso médico;
- Ser actores activos y comprometidos dentro de los equipos interdisciplinarios, bregando por intervenciones que no tiendan exclusivamente a acallar síntomas;
- Tener consciencia del uso de la palabra al momento de elaborar diagnósticos y pronósticos, ya que ciertos diagnósticos tempranos pueden convertirse en condenas precoces.

“Como lo que decimos no es inocuo, los profesionales de la educación y la salud, deberíamos incorporar a nuestra posición una ética de la palabra que incluya el *bien decir y saber callar*” (González, 2012:107).

Estas consideraciones son esenciales para arribar a una propuesta psicopedagógica, que en nuestro caso se basa en el acompañamiento a los docentes desde un paradigma que contempla la complejidad de la constitución subjetiva y que se sostiene en la importancia de la constitución psíquica y su implicancia en los procesos de aprendizaje.

Objetivos de la propuesta

General:

- Generar espacios de debate y reflexión con docentes y profesionales de la salud y la educación.

Específicos:

- Deconstruir las concepciones de los docentes impuestos por el discurso hegemónico de las neurociencias.

- Difundir pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos, a partir de problemáticas del ámbito escolar
- Propiciar la reflexión en torno a la necesidad de sostener prácticas profesionales desde un enfoque de derecho, teniendo en cuenta la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescente - 26.061/05-, Ley Nacional de Salud Mental -27.657/10- y la Ley de Educación Nacional -26.206/06-.

Fundamentación de la propuesta

Se considera importante la implementación de esta propuesta porque es imprescindible que los profesionales de la salud y la educación se encuentren en espacios de intercambio y reflexión velando por la infancia desde un enfoque de derechos. Espacios que posibiliten el cuestionamiento de saberes que se presentan como verdades absolutas, atravesando el quehacer de todos aquellos que se ocupan de la infancia.

Esta propuesta apunta primordialmente a docentes, ya que son ellos quienes cumplen un importante papel dentro de la escuela en lo que a modos de producción de subjetividad en tiempos de infancia se refiere.

En este sentido, se entiende que una tarea central de la presente propuesta implica generar instancias de reflexión en torno a ciertas prácticas docentes que incluso son propiciadas por ciertas leyes, como por ejemplo la Ley 27.306/16 de Dificultades Específicas del Aprendizaje -DEA-. En el artículo n°5 indica que los docentes deben concurrir a capacitaciones para la detección temprana, prevención y adaptación curricular para la asistencia de alumnos disléxicos u otras dificultades de aprendizaje con el fin de brindar una supuesta cobertura integral en atención a necesidades y requerimientos de cada caso.

Cabe consignar que dichas capacitaciones estarían impulsadas por la Fundación del Instituto de Neurología Cognitiva -INECO- en relaciones a otras fundaciones cognitivo-conductuales que pretenden la detección temprana de Dislexia en niños desde la educación preescolar, aun sabiendo que no han adquirido los procesos de lectura y escritura. De este modo, una recomendación como la del ejemplo anterior resulta una práctica iatrogénica y muy peligrosa. Es posible advertir que esto se convierte en una forma de otorgarle al docente una potestad diagnosticadora de supuestas patologías

tempranas, cuyo efecto es causa de la patologización misma: esto es, en vez de detectarla prematuramente, colabora en producirla.

Sin duda, el discurso en el que se enmarcan estas capacitaciones no es ingenuo y por este motivo es que proponemos un paradigma diferente al impuesto hegemónica y no ingenuamente por las neurociencias en el campo de la educación. Además, creemos que es de suma importancia que tanto los docentes como el resto de los profesionales de la educación y la salud, conozcan que la Ley 27.306/16, que propone y avala este tipo de capacitaciones, contradice francamente la Ley de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes, la Ley Nacional de Educación y la Ley Nacional de Salud Mental. Estas leyes promueven los intereses y garantías de los niños y deben ser el sustento de todas las intervenciones profesionales abocadas a la infancia.

Desde el Ministerio de Educación y Salud de la República Argentina en estrecha vinculación con la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones -CoNISMA- se elaboró hace unos años un cuadernillo de “Pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos a partir de problemáticas del ámbito escolar”, destinado a los agentes del sistema de salud, equipos de orientación, gabinetes psicopedagógicos, docentes y comunidad educativa en general.

Este cuadernillo se desarrolló habiendo observado, por un lado, una significativa tendencia al abordaje de problemáticas escolares desde diagnósticos realizados en base a indicadores conductuales. Por otra parte, la prescripción inadecuada de medicamentos y el aumento de certificados de discapacidad emitidos. Por último, la propagación de modos de intervenir sujetos al mercado. Se destacan en el cuadernillo tres secciones, la primera refiere al *uso inapropiado de diagnósticos*, la segunda a *medicación y tratamientos* y por último *Anexos* respecto de leyes, decretos y resoluciones.

El cuadernillo se elaboró hace pocos años y se puede acceder a este a través de una página del Ministerio de Educación de la Nación²³. Por la importancia que reviste el contenido del mismo, entendemos que debe ser divulgado de manera efectiva y considerado por quienes interpelan a la infancia desde modelos institucionales que se

²³ Disponible en: <https://www.educ.ar/recursos/128792/pautas-para-evitar-el-uso-inapropiado-de-diagnosticos-medicamentos-u-otros-tratamientos-a-partir-de-problematicas-del-ambito-escolar>

recrean para impedir el uso de diagnósticos inapropiados y tratamientos cognitivos-conductuales.

Modalidad de la propuesta

Con la implementación de esta propuesta se pretende habilitar espacios para el intercambio, reflexión, comunicación y pensamiento crítico. La modalidad que adopte la propuesta dependerá de las instituciones o profesionales que nos convoquen.

Los dispositivos pensados son los siguientes:

- Conferencia-Taller: se discutirá entre los profesionales disertantes y posteriormente los participantes compartirán experiencias y reflexiones.
- Talleres: como oportunidades de co-aprendizaje, donde todos sus participantes compartan socialmente conocimientos y valores, a partir de sus propias experiencias.
- *Focus group*: los profesionales a cargo generarán grupos de discusión entre los participantes, a partir de una serie de cuestionamientos de interés colectivo.

Retomando uno de los objetivos y en relación con lo desarrollado hasta aquí, se considera esencial recuperar los aportes relevantes de cada conferencia-taller, taller y *focus grup* que, en complemento con el cuadernillo de las Pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos a partir de problemáticas del ámbito escolar, con la finalidad de publicarlos en distintas revistas académicas de salud y/o educación.

A continuación, se expone el cuadernillo de "*Pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos a partir de problemáticas del ámbito escolar*".

Anexos

A continuación, se exponen algunas imágenes disponibles en internet, que son difundidas a través de diferentes redes sociales y promueven de cierto modo el fenómeno de la patologización de la infancia.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Estos signos generalmente se manifiestan a partir del primer año de vida, siendo evidentes después de los tres años. No se manifiestan todos en la misma persona, ni en el mismo grado.

<p>Al encontrarse dos o más de estas "alarmas" se sugiere realizar una consulta especializada.</p>	<p>dificultad en juntarse con otros niños</p>	<p>se resiste a los métodos normales de enseñanza</p>	<p>crisis de llanto</p>
<p>no tiene miedo a peligros inminentes</p>	<p>aparente insensibilidad al dolor</p>	<p>ecolalia</p>	<p>hace girar objetos</p>
<p>rechaza el contacto físico</p>	<p>carcajadas o risas inapropiadas</p>	<p>destrezas motoras desiguales</p>	
<p>juegos extraños prolongados</p>	<p>resiste cambios de rutina</p>	<p>excesiva actividad o marcada pasividad</p>	
<p>apego inadecuado a objetos</p>	<p>no mantiene contacto visual mirada a través de la gente</p>	<p>hipersensibilidad o indiferencia al sonido</p>	

Contacto: apadealaplata@yahoo.com.ar
apadealaplata.blogspot.com
 0221 15 5915382
 0221 15 4959333
 La Plata, Buenos Aires, Argentina

APadeA La Plata




En este material visual, se pueden observar las siguientes expresiones:

Signos y Síntomas del Trastorno del Espectro Autista (TEA)

- 1° dibujo: *“dificultad en juntarse con otros niños”*.
- 2° dibujo: *“se resiste a los métodos normales de enseñanza”*.
- 3° dibujo: *“hipersensibilidad o indiferencia al sonido”*.
- 4° dibujo: *“crisis de llanto”*.
- 5° dibujo: *“no tiene miedo a peligros inminentes”*.
- 6° dibujo: *“aparente insensibilidad al dolor”*.
- 7° dibujo: *“ecolalia”*.
- 8° dibujo: *“hace girar objetos”*.
- 9° dibujo: *“rechaza el contacto físico”*.
- 10° dibujo: *“carcajadas o risas inapropiadas”*.
- 11° dibujo: *“destrezas motoras desiguales”*.
- 12° dibujo: *“juegos extraños prolongados”*.
- 13° dibujo: *“resiste cambios de rutina”*.
- 14° dibujo: *“excesiva actividad o marcada pasividad”*.
- 15° dibujo: *“apego inadecuado a objetos”*.
- 16° dibujo: *“no mantiene contacto visual. Mirada a través de la gente”*.

El niño puede presentar simultáneamente al menos dos de las siguientes dificultades a la vez:

- Dificultades para establecer relaciones sociales.
- Dificultades de comunicación verbal y no verbal.
- Dificultades para aceptar los cambios de rutina.

I Congreso Argentino e Iberoamericano de Dislexia

5 y 6 de Septiembre
Hotel Panamericano - Buenos Aires

Conferencias - Mesas redondas

Dislexia, un trastorno invisible

NUTRICIA Bagó

Auspicia

DISF.M.
ARGENTINA
Dislexia y Familia
Organiza

SAMSUNG **DYTECTIVE**
for SAMSUNG

LA DISLEXIA AFECTA
A 1 DE CADA 10 NIÑOS

Descubre **DyTECTIVE for Samsung**, la **primera aplicación**
para tablet que detecta precozmente el riesgo de dislexia.

CURSO VIRTUAL
**HERRAMIENTAS PARA
UNA EDUCACIÓN INCLUSIVA**
DISLEXIA: DESDE EL AULA AL MUNDO DEL TRABAJO

ES LIBRE Y GRATUITO!

Estos afiches fueron extraídos de la cuenta de Facebook del Ministerio de Educación y se propone lo siguiente:

HABLEMOS DE DISLEXIA

Te invitamos a participar del CURSO VIRTUAL “Herramientas de capacitación para una educación inclusiva - Dislexia: desde el aula al mundo del trabajo”. El curso, organizado por este ministerio y Samsung Argentina permite conocer estrategias de intervención pedagógica y herramientas para adecuar la enseñanza y el aprendizaje para personas con dislexia. Está orientado a docentes y público en general.

Para saber más <http://www.dislexiacampus.com.ar/>

18 de noviembre

15 hs. Auditorio del Museo Nacional de Bellas Artes
Mitre y Santa Cruz. Neuquén Capital.

1º Jornada Provincial Informativa y de Concientización

HABLEMOS *de dislexia*



Una dificultad del aprendizaje que podemos
detectar si aprendemos juntos.

Exponen:

Dr. Hugo Arroyo

Ex Jefe de Neurología y Neurofisiología
del Hospital GARRAHAN

Dra. Silvia Panighini

Jefa Neuropsiquiatría infantil FLENI

Lic. María Julia Ramirez

Licenciada en Psicopedagogía. Comité Científico Disfam.

Informes e inscripciones:

0299 155 813 867 - 155 024 222 // hablemosdedislexia@gmail.com

Se recibirán inscripciones hasta el día Martes 15 de Noviembre.



GOBIERNO
DE LA PROVINCIA
DEL NEUQUÉN

MINISTERIO DE
GOBIERNO Y JUSTICIA

SUBSECRETARÍA DE
ASUNTOS PÚBLICOS

MINISTERIO DE SALUD
Y DESARROLLO SOCIAL

MINISTERIO
DE EDUCACIÓN

**DISLEXIA
NEUQUÉN**

Bibliografía

- **Barcala, A.** (2013). Niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial. La experiencia del programa de atención comunitaria de la ciudad de Buenos Aires. En La Patologización de la infancia II *Problemas e intervenciones en la clínica*. (Pág. 147-159).
- **Benasayag, L.** (2013). Medicalización vs. Medicación ¿Cómo plantear la lucha contra el avance de las prácticas medicalizadoras? En La Patologización de la infancia II. *Problemas e intervenciones en la clínica*. (Pág. 57-71).
- **Bianchi, E.** (2013). La medicalización va a la escuela. En La patologización de la infancia III. (Comp.). *Problemas e intervenciones en el aula*. (Pág. 123-137). Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Castoriadis, C.** (2007). En Bleichmar, S. Conferencia acerca de la subjetividad.
- **Dueñas, G.** (2012). En Trabajo Final de Grado. Pérez, C. Diagnósticos y psicofármacos en las infancias escolarizadas: Estudios de casos en la ciudad de Maldonado, una mirada desde las redes sociales (2014).
- **Echeburúa, E; Salaberria, K & Cruz-Sáez, M.** *Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica*. Terapia psicológica. Ter Psicol vol.32 no.1. Santiago. Abril 2014. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000100007. Consultado (29/03/17)
- **Faraone, S et al.** (2010). Discursos médicos. *Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en argentina*. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop1110> .Consultado 05/06/2017
- **Faraone, S.et al.** (2008). La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos. Informe final. Diciembre 2008. Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR – Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/LaZMedicalizacinZdeZlaZInfancia.ZNiosZEscuelaZyZPsicotrpicos.ZAoZ2008.-.pdf>.
- **Faraone, Silvia** (2008). Medicalización de la infancia: Una mirada desde la complejidad de los actores y las políticas. Revista Topía, un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura.

- **Foucault, M.** (1996). La medicalización va a la escuela. En La patologización de la infancia III. (Comp.). *Problemas e intervenciones en el aula*. (Pág. 123-137). Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Foucault, M.** (1999). En La infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. Untoiglich, G (2013).
- **Fusca, C.** (2017). Dificultades para aprender a leer y a escribir. Lo que oculta la etiqueta "dislexia". En Dislexia y dificultades de aprendizaje. (Pág. 63-82). Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Geraldi, W.** (2012). Promesas y mitos de la ciencia moderna. En *La infancia los diagnósticos se escriben con lápiz*. La patologización de las diferencias en la clínica y en la educación. (Pág. 45-56). Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Iriat e Iglesias Ríos.** (2013). Construcciones diagnósticas en la infancia. En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. *La patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. (Pág. 59-84). Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Janin, B.** (2011). El sufrimiento psíquico en los niños. Patologización infantil y constitución subjetiva. Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Janin, B.** (2012). Los adolescentes y los estigmas. *Revista de la Red Universitaria de Educación Especial*, n° 4: Lo disciplinar y lo interdisciplinar en la Educación Especial, s/p.
- **Janin, B.** (2013). Intervenciones subjetivantes frente al sufrimiento psíquico. En La patologización de la infancia II. (Comp.). *Problemas e intervenciones en la clínica*. (Pág. 15-34). Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Jorge, G.** (2005). En SEDRONAR. La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos. Informe final. Diciembre 2008. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/LaZMedicalizacinZdeZlaZInfancia.ZNiosZEscuelaZyZPsicotrpicos.ZAoZ2008.-_1.pdf
- **Korinfield, D.** (2013). La lucha contra las adicciones. En la Patologización de la Infancia III. (Comp.). *Problemas e intervenciones en el aula*. Pág. 203-214. Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Kremenchuzky, J.** (2013). *El desarrollo del cachorro humano*. TGD y otros problemas. Pediatría e interdisciplinas. (Pág. 21-22). Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Kuitca, R.** (2013). Pensar la singularidad como ventaja pedagógica. Un desafío para los educadores infantiles. En la Patologización de la Infancia III. (Comp.). *Problemas e intervenciones en el aula*. Pág. 187-195. Buenos Aires. Editorial Noveduc.

- **Manavella, N.** (2013). Tiempos de la estructuración subjetiva. Hitos a evaluar. En El desarrollo del cachorro humano (Pág. 133-142) Kremenchuzky, J. Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Márquez, S; Meneu, R.** (2003). "La medicalización de la vida y sus protagonistas". Revista Gestión clínica y sanitaria. Volumen 5, número 2. Páginas 49-52. Disponible en URL: <http://revistadefilosofia.com/4Lamedicalizacion.pdf> .Consultado 01/06/17
- **Míguez, M.** (2005). En Navarro Scirgalea, S. (2016). *Infancia medicalizada en Uruguay y América Latina*. Monografía de grado. Universidad de la República, Uruguay.
- **Míguez, M.** (2015). Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar. Estudios sociológicos editora. Buenos Aires.
- **Morici, S.** (2013). Intervenciones tempranas con bebés: ¿intervenir o interferir? En La patologización de la infancia II. (Comp.). *Problemas e intervenciones en la clínica*. (Pág. 89-106). Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Muniz, A.** (2013). Abordajes clínicos de las problemáticas actuales de la infancia. *Psicología, conocimiento y sociedad* 3 (2), 135 – 154. ISSN: 1688-7026. Recuperado de: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/165>.
- **Naddeo, M.** (2013). La protección integral de derechos de niñas, niños y adolescentes frente a la medicalización de las infancias. En La patologización de la infancia II. (Comp.). *Problemas e intervenciones en la clínica*. (Pág. 73-85). Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Navarro Scirgalea, S.** (2016). *Infancia medicalizada en Uruguay y América Latina*. Monografía de grado. Universidad de la Republica, Uruguay.
- **Paín, S.** (2010). *Diagnóstico y tratamiento de los problemas de aprendizaje*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.
- **Palummo, J.** (2015). Coerción farmacológica y derechos humanos. En M, Míguez, Patologización de la infancia en Uruguay: Aportes críticos en clave interdisciplinar Pág. 93 – 101. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora. Recuperado de: http://estudiossociologicos.org/-descargas/eseditora/patologizacion-de-la-infancia_maria-noel-miguezcoordinadora.pdf. Consultado 12/06/17
- **Pérez, C.** (2014). *Diagnósticos y psicofármacos en las infancias escolarizadas: Estudios de casos en la ciudad de Maldonado, una mirada desde las redes sociales*. Tesis de grado. Universidad de la Republica. Montevideo, Uruguay.
- **Rojas, M.** (2004). El mercado de la felicidad: cuestionando el DSM-V. Tigres de papel. En Patologización de la infancia II. *Problemas e intervenciones en la clínica*. (Pág. 45-56). Buenos Aires. Editorial Noveduc.

- **Ruelas Barajas, E.** (2012) en “La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas”. Urbina Fuentes, M.; González Block, M. A. 2012. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca. Morelos. México.
- **Saforcada, E.** (2010). *Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano.* 1° edic. Buenos Aires. Paidós. 2010.
- **Sandomirsky, E.** (2010). En “Psicología y Salud Pública”. Saforcada et al. *Tramas Sociales* 59. Paidós. Buenos Aires. Argentina. Pág. 43.
- **Solé, I.** (1998). “*Orientación educativa e intervención psicopedagógica*”. Universidad de Barcelona: Ice-Horsori.
- **Stolkiner.** (2013) ¿Qué es escuchar a un niño? Escucha y hospitalidad en el cuidado en salud. En la Patologización de la Infancia III. (Comp.). *Problemas e intervenciones en el aula.* Pág. 71-82. Buenos Aires. Editorial Noveduc
- **Terzaghi, M.** (2011) en “Niños en peligro. La escuela no es un hospital”. Dueñas, G. 2013. Colección Conjunciones. Noveduc. Buenos Aires. Argentina. Pág. 31.
- **Terzagui, M.** (2013). El efecto epidemia. Algunas preguntas sobre el lugar de lo médico. En La patologización de la infancia II. (Comp.). *Problemas e intervenciones en la clínica.* Pág. 55-70. Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Untoiglich, G.** (2013) "La maquinaria medicalizadora y patologizadora. Sus consecuencias en la infancia actual". Página web Malestares en la infancia. Publicado en Actualidad Psicológica. Disponible en: <http://malestaresenlainfancia.com/infancia/index.php/sugerencias-bibliograficas-y-links/64-la-maquinaria-medicalizadora-y-patologizadora>. Consultado 02/06/17
- **Untoiglich, G. & Stavchansky.** (2017). *Infancias. Entre espectros y trastornos.* México. Paradiso editores.
- **Vasen, J.** (2013). DSM-V: Una nueva epidemia de nombres impropios. En la Patologización de la Infancia III. (Comp.). *Problemas e intervenciones en el aula.* Pág. 43-53. Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- **Vasen, J.** (2015). *Autismos: ¿espectro o diversidad? Familias, maestros y profesionales ante el desafío de repensar etiquetas.* Noveduc. Buenos Aires. México.
- **Barsce, C; Del Castaño, A; Espinardi, A.** 2011. “Algunos discursos vigentes en las prácticas docentes de derivación para la atención de situaciones problemáticas”. Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba. Secretaría de Educación Subsecretaría de Promoción de Igualdad y Calidad Educativa Dirección de

Planeamiento e Información Educativa Atención a Situaciones Problemáticas escolares/Área de Investigación Educativa. Disponible en URL: <http://www.igualdadycalidadcba.gov.ar/SIPEC-CBA/publicaciones/ASPE%20Barsche.pdf>. Consultado (01/04/17)

Fuentes electrónicas consultadas

- ¿Qué es la patologización en la infancia? https://prezi.com/bt--vac5_lwl/que-es-la-patologizacion-en-la-infancia/ (Consultado 20/10/2016).
- Artículo Silvia Faraone, 2008. "Medicalización de la infancia. Una mirada desde la complejidad de los actores y las políticas". Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/medicalizaci%C3%B3n-de-la-infancia-una-mirada-desde-la-complejidad-de-los-actores-y-las-pol%C3%ADtic>. Consultado (02/06/2017)
- Borches, M. (2016). Se aprobó la polémica Ley de la Dislexia: ¿un gran negocio para Facundo Manes? InfoBaires24. Disponible en: <http://www.infobaires24.com.ar/con-270-votos-a-favor-se-aprobo-la-polemica-ley-de-dislexia/>. Consultado (09/08/2017)
- Dueñas, G. 2013 "la biomedicalización de los malestares en las infancias actuales". Disponible en: <http://www.redmaristan.org/source/Art%20BIOMEDICALIZACION%20de%20las%20Infancias%20Actuales.pdf> Consultado (15/06/2017)
- Golombek, D. (2016). En Kaplan, C. Neurociencias y Educación, un debate que recién empieza. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/6147-neurociencias-y-educacion-un-debate-que-recien-comienza>. Consultado (20/06/2017).
- Gvirtz, S. (2016). En Kaplan, C. Neurociencias y Educación, un debate que recién empieza. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/6147-neurociencias-y-educacion-un-debate-que-recien-comienza>. Consultado (20/06/2017). <http://infobaires24.com.ar/con-270-votos-a-favor-se-aprobo-la-polemica-ley-de-dislexia/>(Consultado 20/10/2016)
- Kaplan, C. (2016). Neurociencias y Educación, un debate que recién empieza. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/6147-neurociencias-y-educacion-un-debate-que-recien-comienza>. Consultado (20/06/2017).
- Kiel, L. (2017) La felicidad al alcance de cualquier cerebro. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/38401-la-felicidad-al-alcance-de-cualquier-cerebro> Consultado (19/06/2017).

- La medicalización de la vida cotidiana. El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en adultos, observatorio argentino de drogas, SEDRONAR, 2007. Disponible en:
www.observatorio.gov.ar/http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/EIzUsoZIndebidoZdeZMedicamentosZPsicotpicosZenZlaZVidaZCotidiana.ZAoZ2007.-.pdf (Consultado 16/09/2016). (Informe N.º 70 del Ministerio de Salud a la Cámara de Diputados, abril 2007).
- La Patologización y Medicalización de la infancia. Revista SIGNOS Universitarios de la USAL- Año XXVIII. N°44- 2009. Número especial Aniversario de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Gabriela Dueñas y Cecilia M. Kligman.
- Llamam a no “Patologizar” las conductas de los niños. 2012. Disponible en: psicologossalta.com.ar/2012/11/llaman-a-no-patologizar-las-conductas-de-los-ninos/ (Consultado 24/09/2016)
- Manifiesto del Forum Infancias Buenos Aires, 2011. "Por un abordaje subjetivante del sufrimiento psíquico en niños y adolescentes, no al DSM". Disponible en: <http://malestaresenlainfancia.com/infancia/index.php/biopoliticas-e-infancias/25-manifiesto-del-forum-infancias-buenos-aires>. Consultado (02/06/017)
- Presentación de Gisela Untoiglich, 2012. Disponible en: https://prezi.com/bt--vac5_lwl/que-es-la-patologizacion-en-la-infancia/. (Consultado 15/10/2016).
- Presentación de Gisela Untoiglich, 2012. Disponible en https://prezi.com/bt--vac5_lwl/que-es-la-patologizacion-en-la-infancia/. Consultado (01/06/2017)
- Primer Encuentro Nacional del Forum Infancias, Red federal: “*Bordes y desbordes en niñez y adolescencia*”, realizado en el año 2014 en la ciudad de Córdoba. Disponible en: <http://cppc.org.ar/2014/09/29/1era-jornada-bordes-y-desbordes-en-ninez-y-adolescencia-patologizacion-y-medicalizacion-de-las-infancias/>(Consultado 20/10/2016).
- Revista Topia. *Medicalización de la infancia. Una mirada desde la complejidad de los actores y las políticas*. Disponible en:
<https://www.topia.com.ar/articulos/medicalizaci%C3%B3n-de-la-infancia-una-mirada-desde-la-complejidad-de-los-actores-y-las-pol%C3%ADtic>. (Consultado 10/10/2016).
- Se aprobó la polémica Ley de la Dislexia: ¿un gran negocio para Facundo Manes?
- Spinetta, F. Neurociencias y educación, un debate que recién comienza. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/6147-neurociencias-y-educacion-un-debate-que-recien-comienza> Consultado (19/06/2017)

- Stolkiner, S. 2013. Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. Pág.1. Disponible en:
http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner_2013_medicalizacin_d_e_la_vida___sufrimiento_subjetiv_2014.pdf Consultado (12/06/2017)