En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz: la patologización de las diferencias en la clínica y la educación / Gisela Untoiglich ... [et.al.]. - 1a ed. - Buenos Aires : Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2013.
288 p. ; 22,5x15,5 cm. - (Conjunciones)

ISBN 978-987-538-373-9

1. Psicología Infantil. 2. ADD. I. Untoiglich, Gisela
CDD 155.4

Colección Conjunciones
Corrección de estilo: Viviana Khan
Diagramación: Déborah Glezer
Diseño de tapa: Analía Kaplan y Andrea Melle

1° edición, junio de 2013

noveduc libros
© del Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico S.R.L.
Av. Corrientes 4345 (C1195AAC) Buenos Aires - Argentina
Tel.: (54 11) 4867-2020 - Fax: (54 11) 4867-0220
E-mail: contacto@noveduc.com / www.noveduc.com

Ediciones Novedades Educativas de México S.A. de C.V.
Instituto Técnico Industrial # 234 (Circuito Interior) Oficina # 2 - Planta Alta
(Ref: Metro Estación Normal) Colonia Agricultura. Deleg. Miguel Hidalgo
México, D. F. - C. P. 11360 - Tel/Fax: 53 96 59 96 / 53 96 60 20
E-mail: novemex@noveduc.com – info@novemex.com.mx

I.S.B.N. N° 978-987-538-373-9

Queda hecho el depósito que establece la Ley 11.723
Impreso en Argentina - Printed in Argentina

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

Gisela Untoiglich

En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz

La patologización de las diferencias en la clínica y la educación

María Aparecida Affonso Moysés
Cecilia Azevedo Lima Collares
João Wanderley Geraldi
Marila Terzaghi
Carla Biancha Angelucci
Rosa Nunes

N
noveduc
Buenos Aires • México

Gisela Untoiglich. Psicoanalista. Doctora en Psicología (Universidad de Buenos Aires). Codirectora del Programa de Actualización: "Problemáticas Clínicas Actuales en la Infancia: sus Implicancias Subjetivas, Vinculares y Educacionales" (Posgrado, Facultad de Psicología, UBA). Profesora invitada por diferentes universidades extranjeras (Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales y Universidad Alberto Hurtado, de Santiago de Chile; Universidad de la República, Uruguay; UNICAMP Universidad Estadual de Campinas, Faculdade de Ciencias Médicas, Brasil; Universidad Estadual do Centro Oeste, Iratí, Paraná, Brasil). Ganó el Premio Facultad de Psicología 2005: "Aportes de la Psicología a la problemática de la niñez". Publicó libros y numerosos artículos en periódicos científicos de las áreas de psicología y educación. Es miembro fundador del *Forum Infancias* (ex *forumadd*), equipo interdisciplinario contra la medicalización y patologización de la infancia.

María Aparecida Affonso Moysés. Graduada en Medicina y doctora en Medicina (Facultad de Medicina, Universidad de San Pablo, Brasil). Libre docencia en Pediatría Social y titular en Pediatría (Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Campinas – UNICAMP). Profesora titular en Pediatría (Facultad de Ciencias Médicas, UNICAMP). Se desempeña en docencia e investigación en el área de Atención y Salud del escolar, en especial en los campos de medicalización del comportamiento y del aprendizaje, evaluación cognitiva, aprendizaje y desarrollo. Coordina el Laboratorio de Estudios sobre el Aprendizaje, Desarrollo y Derechos en CIPED (Centro de Investigaciones en Pediatría, UNICAMP). Publicó libros y numerosos artículos en periódicos científicos de las áreas de medicina, psicología y educación. Miembro fundador del Forum de Estudios sobre la Medicalización de Niños y Adolescentes, que ha realizado discusiones, acciones y eventos sobre la medicalización de la vida y la educación.

Cecília Azevedo Lima Collares. Graduada en Pedagogía y Magister en Psicología de la Educación (Universidad Pontífica Católica de San Pablo, Brasil). Doctora en Sociología y Política (Fundación Escuela de Sociología y Pontífica de San Pablo). Profesora retirada (Facultad de Educación de la Universidad Estatal de Campinas, UNICAMP). Se desempeña en docencia, investigación y extensión en los campos de fracaso escolar, medicalización, educación, escuela y aprendizaje. Publicó libros y numerosos artículos en periódicos científicos de las áreas de psicología y educación. Miembro fundador del Forum de Estudios sobre la Medicalización de Niños y Adolescentes, que ha realizado discusiones, acciones y eventos sobre la medicalización de la vida y la educación.

Carla Biancha Angelucci. Psicoterapeuta. Graduada en Psicología, magister en Psicología Escolar y Desarrollo Humano y doctora en Psicología Social (Universidad de San Pablo, Brasil). Docente integral (Facultad de Psicología, Universidad Presbiteriana Mackenzie). El énfasis de sus estudios está en la garantía de la Educación para Todos y Todas en entrecruzamiento con las discusiones sobre preconcepto, con actuación principal en las siguientes áreas: psicología escolar, políticas públicas en educación, medicalización, psicología social e historia oral. Publicó libros y numerosos artículos en periódicos científicos de las áreas de psicología y educación. Miembro del Forum de Estudios sobre la Medicalización de Niños y Adolescentes. Consejera electa en el Consejo Regional de Psicología de San Pablo, gestión 2010-2013, en la condición de presidenta.

Rosa de Jesús de Bastos Nunes. Doctora en Ciencias de la Educación. Profesora retirada (Facultad de Psicología y de la Educación, Universidad de Porto –FPCEUP- Portugal). Miembro de la Comisión de Ética (Facultad de Psicología y de la Educación, Universidad de Porto). Vice-presidenta del Instituto Paulo Freire de Portugal. Investigadora del Centro de Investigación e Intervención Educativa (CIIE). Associate Editora de la revista internacional: *Educational Action Research – an internactional journal*, Routledge. Evaluadora externa de la Inspección General de Educación (Ministerio de Educación de Portugal). Publicó libros y artículos en periódicos científicos de las áreas de psicología y educación. Miembro fundador del Círculo de Estudios e Intervención en la Medicalización de la Educación, con sede en la FPCEUP.

María Alicia Terzaghi. Médica (Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata). Psicóloga (Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de La Plata). Jefa de Unidad de Neurología y Clínica Interdisciplinaria (Hospital Dr. Noel H. Sbarra). Docente de Diplomado (Cátedra de Medicina Infantil II Facultad de Ciencias Médicas. UNLP). Profesora adjunta (La Construcción Social de la Normalidad. Facultad de Trabajo Social, UNLP). Docente titular Seminario Interdisciplinario Capacidades y Diferencias. Seminario de grado (Facultad de .Ciencias Jurídicas y Sociales). Docente (Maestría Psicología de la Música. Neurociencias y subjetividad. Secretaría de Post-grado Facultad de Bellas Artes. UNLP). Secretaria de la Comisión Universitaria de Discapacidad (Secretaría de Extensión. UNLP). Publicó libros y numerosos artículos en periódicos científicos de las áreas de medicina, psicología y derecho. Miembro del Comité Científico del Forum Infancias.

João Wanderley Geraldi. Doctor en Lingüística. Libre docencia en Análisis de Discurso y profesor titular retirado (Instituto de Estudios sobre el lenguaje, Universidad Estatal de Campinas). Fue director del Instituto y Pro-Rector. Investigador en el área de estudios sobre el discurso y enseñanza de la lengua materna. Publicó numerosos artículos científicos y libros, los dos últimos titulados: *Ancoragens: Estudos Bakhtinianos* y *A aula como acontecimento* (Pedro & João Editores). Fue profesor visitante de las Universidades de Aveiro y de Porto (Portugal) y de Siegen (Alemania).

Agradecimientos

Mi más profundo agradecimiento a mi marido Ariel, compañero de ruta, quien generosamente me brindó su tiempo, sus ideas y colaboró para que este libro fuera realidad.

A mis maravillosas hijas Maia y Nicky que entienden que mi mayor legado hacia ellas es la pasión con la que enfrento los desafíos de la vida.

A mi madre por transmitirme su amorosa perseverancia.

A mis suegros por su generosidad incondicional.

A mis colegas Cida, Cecilia, Wanderley, Rosa, Biancha, Marila y Silvina quienes generosamente han compartido sus trabajos y sus ideas conmigo y ahora con todos ustedes.

A mis compañeros del Forum Infancias, de Argentina, del Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade de Brasil, de Chile, de Uruguay con quienes compartimos esta lucha por un mundo más justo con lugar para todos y cada uno en su diversidad.

A la editorial Noveduc que siempre confía en mis proyectos.

A mis alumnos, supervisandos y pacientes de quienes aprendo cotidianamente.

Índice

Introducción 11

Parte 1. Procesos de Patologización

I. La maquinaria medicalizadora y patologizadora en la infancia.
María Aparecida Affonso Moysés, Cecilia Collares, Gisela Untoiglich 25

II. Promesas y Mitos de la ciencia moderna.
Wanderley Geraldi 45

Parte 2. Procesos diagnósticos en la infancia

III. Construcciones diagnósticas en la infancia.
Gisela Untoiglich 59

IV. Los diagnósticos como coartada en la clínica con niños.
Gisela Untoiglich 85

V. Dislexia y TDAH: ¿Dónde están las evidencias?
María Aparecida Affonso Moysés, Cecilia Collares 107

PARTE 3. PATOLOGÍAS PSÍQUICAS GRAVES EN LA PRIMERA INFANCIA

VI. LA INSOPORTABLE IGNORANCIA. NOTAS SOBRE AUTISMO Y PATOLOGIZACIÓN.
Marila Terzaghi 175

VII. EL TRABAJO DE CONSTITUCIÓN SUBJETIVA EN LA CLÍNICA CON NIÑOS GRAVES Y SUS PADRES.
Gisela Untoiglich 191

PARTE 4. ACERCA DE INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

VIII. UNA ESCUELA QUE ALOJE LA DIVERSIDAD.
Gisela Untoiglich 213

IX. DE FORASTEROS Y HUMANOS: REFLEXIONES DESDE LA PSICOLOGÍA SOBRE LA NECESIDAD DE LA EDUCACIÓN CONJUNTA PARA TODOS Y TODAS.
Carla Biancha Angelucci 233

X. ENTRE PREVENCIÓN Y PREDICCIÓN.
Rosa Nunes 255

Introducción

Este libro está atravesado por los encuentros azarosos, pero no casuales, que me han llevado en los últimos años a conocer a algunos profesionales y pacientes que hicieron que vuelva a interrogarme por las intervenciones clínicas y por la teoría que las sustenta.

A partir de estos encuentros me resultó imprescindible la búsqueda de nuevos saberes que posibiliten pensar los retos que nos presenta la clínica y la educación en la actualidad. Así planteado el desafío, esta construcción sólo podía ser colectiva, atravesada por la diversidad de orígenes, historias, países, culturas, profesiones y formas de recortar el mundo, pero con una ética común: la propuesta de establecer coordenadas que permitan construir un mundo en el cual haya lugar para todos y cada uno desde su diversidad, sin necesidad de homogeneidades aplastantes.

Es por eso que en este libro convergen psicoanalistas, pediatras, neuropediatras, pedagogos, lingüistas, psicomotricistas, psicopedagogas, de Argen-

tina, Brasil y Portugal, donde cada uno, desde su propio recorrido y su mirada particular, aporta a un tejido común que posibilita pensar al sujeto en un entramado político – social – histórico – familiar para comprender cuáles son las problemáticas actuales y a su vez entrelazar caminos posibles que sólo surgirán del trabajo conjunto. Así como pensamos que los problemas singulares no tienen como única causa la individualidad, tampoco consideramos que las soluciones se darán por particularidades. Será en las construcciones colectivas que podrán generarse algunas respuestas novedosas.

El capítulo 1 fue escrito en ese "entre" de tres profesionales que hace ya muchos años venimos preocupadas por el incremento de la medicalización y patologización de la infancia. Una pediatra y una educadora, ambas brasileñas, y una psicoanalista argentina se preguntan por el creciente traslado hacia el campo médico de problemas inherentes a la vida, es decir, cuando cuestiones de orden colectivo, social y político, se abordan como problemas individuales, atribuyendo su causación, mayoritariamente, a determinaciones biológicas (aunque las mismas no hayan sido comprobadas). Cuando problemas que están por fuera del área de la medicina son definidos en términos de trastornos y abordados como problemas médicos, estamos ante un proceso de medicalización de la vida. Observamos con preocupación cómo este fenómeno se ha elevado exponencialmente en la infancia, con un consecuente aumento de consumo de psicofármacos en niños. Nos encontramos con un común denominador: niños y niñas que fracasan en sus posibilidades de adquisición de aprendizajes sistematizados en la institución escolar y que son visualizados como enfermos.

Centrar el problema en el niño oculta las dificultades que podrían estar existiendo, por ejemplo, en el proceso de enseñanza–aprendizaje, la estructura de la escuela o las condiciones socio-políticas. Es en ese escenario donde aparecen los supuestos trastornos de aprendizaje y/o conducta, donde se ubica el foco en el individuo que debería aprender y no aprende, que debería comportarse y, por el contrario, incomoda, en lugar de cuestionarse si existe alguna relación entre el aumento de niños con "supuestos trastornos" y la inadecuación de un sistema escolar que intenta educar con modelos y referencias del siglo XIX a niños del siglo XXI.

La expansión de las áreas de incumbencia de la medicina se encuentra fomentada por una industria creciente y poderosa que ha dado lugar al

proceso de medicamentalización de la vida (Iriart, 2008) Esta forma de intervención busca la adaptación de los sujetos a las condiciones de exigencia actuales, muchas veces sin medir costos y consecuencias a largo plazo, llevando con frecuencia a los adultos a naturalizar el aumento exponencial de consumo de psicofármacos en la infancia.

Entendemos que los problemas de aprendizaje y comportamiento cuya prevalencia crece cada vez más, deben ser comprendidos como producto de una sociedad que propicia modos de vivir cada vez más competitivos, productivistas y direccionados hacia el consumo. Consideramos fundamental comprender los vínculos individuo / sociedad desde una perspectiva de interrelaciones complejas.

En el capítulo 2, Wanderley Geraldi, lingüista brasileño, se interroga por los mitos y promesas de la ciencia moderna, subrayando aquella creencia de los hombres respecto a que las verdades construidas en el presente siempre fueron verdades y que, además, el presente es el final de la historia que determinará también las verdades en el futuro. Sin embargo, aceptar que nuestros conocimientos no dan cuenta de todo, que hay misterios insondables para la capacidad que disponemos en tanto hombres, es aceptar la contingencia y el acontecimiento.

El mito de que podemos expresar todo y, por lo tanto, compartirlo, es la recuperación de un supuesto estado existente antes de Babel. El mito de Babel nos hace suponer que todos se expresaban antes en una misma lengua. Reunidos en la construcción de la torre para llegar al cielo y a los dioses, los hombres fueron castigados por su orgullo, precisamente con la diferencia de idiomas. En un sólo golpe, el mito introduce dos consecuencias: la suposición de una unidad perdida -que el lenguaje de la ciencia se esfuerza por recuperar- y la interpretación de que la diferencia es un castigo. Lamentablemente, subraya Geraldi, este mito bíblico funda nuestras concepciones acerca de la diversidad.

En el capítulo 3, "*Construcciones diagnósticas en la infancia*", se retoma el título del libro planteando que así como los niños comienzan trazando sus primeras letras con lápiz, los profesionales que se ocupan de la salud mental de los más pequeños también tendrían que utilizar un lápiz para escribir esas primeras hipótesis diagnósticas, que por un lado son absolutamente necesarias y forman parte del proceso de cura, pero que no debe-

rían constituirse nunca en una marca indeleble en la vida de un sujeto. Los diagnósticos tendrían que funcionar como brújulas orientadoras para los profesionales, siempre tomando en cuenta que se construyen en un devenir que va modificándose, ya que tanto el proceso de maduración propio del crecimiento como el trabajo mismo que el profesional va realizando con el niño, su familia y la escuela van cambiando las condiciones, lo cual podrá posibilitar cambios fundantes en esa subjetividad en ciernes.

En este capítulo también se presentan las herramientas diagnósticas con las que contamos al momento de tratar de entender qué le está ocurriendo a ese niño por el cual nos consultan. Es preciso no sólo indagar cuáles son las determinaciones histórico–singulares que producen esa emergencia del padecimiento, sino también analizar cómo está implicada la escuela en el sufrimiento de este niño.

Aquí se considera el espacio clínico como un lugar donde habitan los gerundios: jugando – esperando – provocando – inventando.

Finalizado el proceso diagnóstico 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, proponiendo caminos a seguir. Pero el saber nunca debe presentarse como acabado y cerrado: se trata de una praxis que no intenta develar lo ya conocido sino que aspira a construir en ese encuentro un saber nuevo acerca del malestar, que posibilite inventar otros modos de abordarlo.

Se tratará, entonces, de construir verdades parciales, escritas en lápiz, que abran a nuevas reescrituras y que ayuden a crear diversas estrategias para esa situación, que siempre estará en revisión y, a su vez, de un trabajo que se vaya realizando con el niño, los padres y la institución escolar, que generará nuevas condiciones de cambio.

En el capítulo 4, "*Los diagnósticos como coartada en la clínica con niños*", se aborda una problemática compleja planteando el incremento de derivaciones, realizadas por la institución escolar, de niños que no se acomodan a lo esperable y rápidamente reciben diversos "diagnósticos" como "Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad" (TDA-H), o "Trastorno Oposicionista Desafiante" (TOD) y, en menor cantidad de

casos, como "Trastorno Generalizado del Desarrollo" (TGD) o Bipolares. Niños que, en realidad, están siendo sometidos a situaciones de abusos y/o violencias, generalmente intrafamiliar, que no son detectadas por los profesionales. Lo que se observa es que cuando se realizan diagnósticos tomando en cuenta únicamente los comportamientos manifiestos del niño sin profundizar en las diversas causas que conllevan a que un niño manifieste su malestar a través de esas conductas, entonces se corre el riesgo de transformar la clínica en una serie de procedimientos burocráticos que dejan a salvo a quienes los ejecutan pero que no abordan los problemas subyacentes que ocasionan dicho sufrimiento

El caso presentado se lo denominó "Alicia en el país de las pesadillas". Alicia, como tantos otros niños, buscaba desesperadamente alguien que la alojara, que la contuviera, que interpretara el drama que estaba viviendo, que pusiera palabras a aquello que estaba aconteciendo y realizara las acciones necesarias para su cuidado. Cuando encontró una profesional que no necesitaba ampararse en diagnósticos encubridores, dispuesta a sumergirse con la niña en las aguas turbulentas de su dolor, sus posibilidades subjetivas comenzaron a ser otras.

En el capítulo 5 la Dra. María Aparecida Affonso Moysés, pediatra, y la Dra. Cecilia Collares, pedagoga, deconstruyen las supuestas evidencias científicas acerca de la Dislexia y el TDAH. Proponen que la medicalización de la vida de los niños y los adolescentes se articula con la medicalización de la educación en la invención de las *enfermedades de no-aprender*. La medicina afirma que los problemas del sistema educativo serían el resultado de las enfermedades que ella, la medicina, sería capaz de resolver; crea, por lo tanto, la demanda de sus servicios, ampliando la medicalización.

La búsqueda de las raíces científicas de disfunciones neurológicas conduce a un interesante viaje por el campo de la transmutación, con omisiones y distorsiones de los hechos, creaciones de mitos, etc. Todas las hipótesis revisadas deben ser entendidas en el contexto de la tendencia constante de la sociedad a discriminar, para erradicar el "peligro" de los comportamientos diferentes, de los socialmente establecidos como "normales". La forma en que fueron tratados los comportamientos "desviados" en toda la historia del hombre, es un eje central para comprender

por qué la medicalización resulta tan fácilmente aceptada y difundida, pues responde a los deseos de la propia sociedad.

En resumen, esta historia habla de una construcción ideológica, sin base científica, que cambia constantemente de nombre y apariencia, sin que se altere nada en su esencia, es decir, la biologización de seres culturales, fechados y situados, en la búsqueda de la homogeneidad de la humanidad, con la rotulación y estigmatización de quienes no se someten.

Se elabora una hipótesis sin ninguna evidencia empírica que la sostenga; luego los científicos pasan a observar la realidad bajo el sesgo de su creencia y, en la búsqueda de elementos que confirmen su hipótesis inicial, deforman la realidad y esa realidad deformada es, a su vez, la prueba empírica de la hipótesis, confiriéndole el *status* de ciencia. Transformada en certeza, funciona aún más sobre la realidad, deformándola más y más. Las nuevas observaciones de la realidad así artificializada permiten modificaciones en la teoría, con explicaciones cada vez más sofisticadas y atractivas. Se crea una espiral viciada, con nuevas máscaras para la misma vieja idea que, en realidad, nunca se comprobó.

Muchos de estos "supuestos descubrimientos" no son otra cosa que estrategias de *marketing* de las compañías farmacéuticas que buscan ahora personas sanas. Los altibajos de la vida cotidiana se han convertido en problemas mentales.

Sin duda existen personas con déficits intelectuales, motores o sensoriales reales. No son ellas las que están en discusión. Existen infinitos modos de pensar, actuar, reaccionar, sentir, expresar emociones y sentimientos, de comportarse, de aprender, de lidiar con saberes ya establecidos. Esos modos constituyen un *continuum*, todos ellos caracterizan la diversidad entre los seres humanos, lo que nos constituye como sujetos. Tampoco es eso lo que está en discusión. Lo que se encuentra en debate es si uno de los extremos de esa multiplicidad es patognomónico de una enfermedad, más específicamente, de enfermedades neurológicas. A cada uno de nosotros le cabe decidir si nos dejamos cooptar por el engranaje de los vendedores de enfermedades o si nos quedamos del lado de los niños, de la vida.

En el capítulo 6 Marila Terzaghi, neuropediatra, realiza un recorrido sobre los avances en la investigación en neurociencias. Estos conocimientos subvierten las bases mismas de toda la conceptualización previa de la biología, sirviendo para cuestionar determinismos lineales y modelos maquinales del cuerpo y el cerebro, sin embargo, terminan siendo objeto de digestión por otras vías metabólicas, bajo la acción de cierta "enzima ideológica" que permite la producción de ideas y prácticas que parecen desmentirlas.

La singularidad de lo humano aparece claramente como una de las fuentes de incertidumbre que la ciencia trata a la vez permanentemente de excluir/ incluyéndola.

Se focaliza en cuestiones ligadas al autismo ya que resulta significativo el fracaso sistemático en encontrar una condición biológica que pudiera ser explicación suficiente, lo cual, curiosamente, no impide el uso extendido de la afirmación de que "*el autismo es un trastorno neurobiológico*".

Desde su primera descripción se ha sostenido un prolongado debate en torno al autismo, que se reedita hasta la actualidad. Se ha insistido en la búsqueda de la delimitación de los bordes de una enfermedad, síndrome, trastorno, desorden que, sin embargo, resiste a acomodarse en los moldes de una psicopatología cada vez más descriptiva, y que hoy intenta nuevamente capturarlo bajo la ilusoria sombrilla de la noción de "*espectro*". Se señala la operación ideológica y política que transforma los supuestos datos objetivos de la prevalencia del autismo en la evidencia que luego justifica actos, discursos, dispositivos. Adquiere indudable peso en niños/as y familias, presuntos "enfermos o en vías de estarlo", instalando un manto de sospecha que deja poco lugar para la infancia.

En el capítulo 7 continuando con la temática presentada en el apartado anterior se pone el foco en Tobías, un niño que presenta signos clínicos tempranos de autismo, y en su familia. Esto nos lleva a un primer interrogante: ¿cuáles serían los efectos en la vida de los niños y sus padres, cuando tan tempranamente ciertos signos, que sin duda son alarmantes, se transformen en diagnósticos cerrados, invalidantes e inamovibles?

Aquí se propone un modo de trabajo vincular con el niño y sus padres que posibilita generar otro tipo de encuentros. A partir del trabajo terapéutico, un niño va apareciendo. Movimientos fundantes / momentos inaugurales. Crear una demanda en un niño que parece no demandar,

abrir las puertas a que un deseo vital comience a circular. Construir las vías de la intersubjetividad entre el hijo y sus padres. Deconstruir los techos que con frecuencia se le imponen a estos niños y sus padres, con límites que están más ligados a resistencias y prejuicios de los profesionales que a imposibilidades del pequeño.

En la actualidad existen fuertes debates acerca de cuáles son los modos de abordajes con estos niños. Una puja supuestamente científica, pero atravesada por múltiples intereses políticos, biopolíticos y fundamentalmente económicos y un ataque feroz hacia el psicoanálisis. Por otra parte el psicoanálisis más tradicional parece adormecido o se refugia en sus propias trincheras y parece que no pudiera dar respuesta a los malestares de la época. Sin embargo, si nos planteamos el desafío de apuntar hacia un psicoanálisis cuestionador, que pueda construir en los bordes, que camine por las fronteras, que escuche la singularidad teniendo en cuenta el contexto socio-histórico, que parta de lo existente y construya lo que nunca estuvo, ese modo de abordaje desde el psicoanálisis seguramente tendrá mucho que aportar en el trabajo con estos niños y sus familias.

En la última parte del libro se aborda la cuestión de las inclusiones y las exclusiones desde tres perspectivas y países diferentes pero que tienen numerosos puntos en común.

Una pregunta para comenzar: ¿Cómo alojar las complejidades de la infancia que se dan a ver en la institución escolar, sin patologizar las diferencias?

A lo largo de los últimos años hemos venido encontrándonos con que, cada vez hay más niños que no se ajustan a lo esperable, con que cada vez hay más padres que necesitan un mayor sostén para la crianza de sus hijos y, por lo tanto, hallamos cada vez mayores niveles de fragilización. Asimismo, la institución escolar también está atravesando una época de mayor precarización.

Con respecto a los niños con ciertas dificultades, lo que observamos en la mayoría de las instituciones es la "tolerancia" de las diferencias en tanto y en cuanto no obstaculicen el camino del aprendizaje de la supuesta mayoría "normal". Por otra parte, estas diferencias suelen estar planteadas desde un determinismo biológico que le otorga identidad de "enfermo" al diferente, por lo tanto, el señalado como "deficiente" será objeto de

todos los paliativos que podamos proveerle para intentar normalizarlo lo máximo que se pueda. Así se realiza una reducción radical del otro a un otro más próximo, en donde la amenaza de las diferencias se estandariza y clasifica, intentando su anulación. Las diferencias quedan enmarcadas en relaciones de poder-saber que predicen trayectorias de fracasos, atribuidas sólo a causas individuales y biológicas. Será imprescindible, entonces, pensar las diferencias, sin que se transformen en desigualdades naturalizadas.

Se revisan los conceptos de integración, inclusión, escuelas inclusivas, maestros de apoyo a la integración, la educación común, las paradojas de la educación especial. La escuela para la diversidad implica que la institución es la que tendrá que construir las estrategias para incluir a todos y cada uno de sus alumnos, para que todos se beneficien de las mismas, no sólo como una propuesta moral, sino como un planteo ético y ciudadano.

La escuela podrá alojar la diversidad y presentarse como una oportunidad subjetivante cuando: albergue a cada uno en su heterogeneidad; establezca genuinos espacios de encuentro e intercambio entre pares, docentes y padres; promueva otros modos de simbolización (Szyber, 2009); posibilite que los contenidos sean pre-textos para que los alumnos puedan construir sus propios textos; otorgue espacio a lo inesperado, a lo que está fuera del Programa, que sorprenda y enseñe a niños y adultos.

Siguiendo con la temática Carla Biancha Angelucci, psicóloga brasileña, reflexiona sobre la experiencia escolar para pensar tanto en la ejemplar condición de indignidad a la que son sometidas grandes parcelas de nuestra población como para proponer directrices que retomen la centralidad de lo humano en nuestro proyecto de sociedad. La afirmación de la diversidad humana, expresada desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el punto de partida para el reconocimiento de la condición de humanidad de una gran parte de las personas que, a lo largo de la historia, fueron vistas como aberraciones, monstruosidades o, como mínimo, como curiosidades científicas con carácter de excepción que confirma la regla de la normalidad.

Se propone que el juicio de valor negativo que recae sobre las personas con diferencias significativas, sea comprendido como parte del proceso de preconcepto, en el que la descalificación del otro sirve como un indicador importante de lo que nos aterra en nosotros mismos y, sobre todo, nos guía

respecto de la fuerza con la que persiste la visión de que existen personas para quienes fueron creados los derechos, y aquellas que, cuando gozan de derechos, lo hacen bajo concesión. En la medida en que nos preguntamos quién es escolarizable y quién no lo es, creamos las categorías: "niños escolarizables y niños especiales. No estamos poniendo en duda la existencia de personas con diferencias significativas, lo que está en juego aquí es la instauración de un espacio social destinado a los niños, que termina por reconfigurar la idea de infancia, que presenta criterios de selección de sus usuarios relacionados con el mantenimiento de ciertas jerarquías.

Cuando en el texto se utiliza la expresión Educación Conjunta para Todos y Todas" se enfatiza un proyecto político-educacional más amplio y más radical que aquel que viene siendo comprendido como Educación Inclusiva: se trata de un compromiso colectivo con el cambio de un modo de pensar y de actuar que busca garantizar el irrestricto derecho a la Educación. Con esto no se está defendiendo la propuesta de una Educación igual para todos, por el contrario: es absolutamente necesario discutir, en conjunto, sobre qué condiciones deben ser ofrecidas, a fin de garantizar el derecho a la Educación para todo ser humano, tomado como necesariamente plural.

Desde Portugal, Rosa Nunes, educadora, también nos alerta sobre el retorno y la intensificación de una visión biologicista y geneticista de la educación, que hace eludir la dificultad de responder educativamente a las exigencias de una escuela democrática y que naturaliza e invisibiliza fenómenos de exclusión. Se observa que en vez de poner en tela de juicio la lógica que conduce a esto, es más cómodo imputar la responsabilidad a anomalías genéticas susceptibles de un tratamiento medicamentoso. La patologización de la educación se afirma en un cuadro de transformación artificial de problemas devenidos de la dificultad de la escuela para lidiar con una población a la cual no considera munida de los prerrequisitos que el funcionamiento del sistema exige, transmutándolos en problemas del ámbito médico. Con esto se esconden los grandes problemas políticos, sociales, afectivos y culturales que afligen la vida de las personas; mientras tanto, la escuela permanece intocada en su formato de aparato privilegiado para la reproducción social.

El modelo diagnóstico-tratamiento, aplicado a la educación, no es inocente en cuanto al efecto de etiquetamiento que se infiltra en la piel con

tanta más pregnancia cuanto más precozmente se configura en ejercicio predictivo. Una medicina preventiva que permita tener a su cargo, de manera precoz y aplicada, a los niños que manifiestan un sufrimiento psíquico, no puede ser confundida con una medicina predictiva que aprisiona, paradojalmente, a estos niños en un destino que, para la mayoría de ellos, no habría sido el suyo si no hubiesen sido evaluados. El peligro es, en efecto, el de producir una profecía autocumplida, es decir, de hacer que suceda aquello que se predice en la forma que fue predicho.

Los invito a sumergirse en estos planteos para construir juntos respuestas posibles tanto desde la clínica como desde la educación.

G.U.

PARTE I

Procesos de Patologización

Capítulo I

La maquinaria medicalizadora y patologizadora en la infancia

M. A. Affonso Moysés, C. Collares, G. Untoiglich

Últimamente, ha sido creciente el traslado de problemas inherentes a la vida hacia el campo médico. Es decir, que cuestiones de orden colectivo, social y político se abordan como problemas individuales, atribuyendo su causación, mayoritariamente, a determinaciones biológicas (aunque las mismas no hayan sido comprobadas). Cuando problemas que están por fuera del área de la medicina son definidos en términos de trastornos y abordados como problemas médicos, estamos ante un **proceso de medicalización de la vida** (Collares y Affonso Moysés, 1996). Observamos con preocupación cómo este fenómeno se ha elevado exponencialmente en la infancia, con un consecuente aumento de consumo de psicofármacos en niños.

En este escrito presentaremos el ensamble de tres investigaciones que se desarrollaron en distintos ámbitos y en diferentes países. Las tres tienen

un común denominador: niños y niñas que fracasan en sus posibilidades de adquisición de aprendizajes sistematizados en la institución escolar y que son visualizados como enfermos.

María Aparecida Affonso Moysés[1], pediatra, expondrá algunos aspectos de su investigación sobre niños derivados a la consulta médica por fracaso escolar. Cecilia Azevedo Lima Collares[2], pedagoga, presentará el análisis de las opiniones de los profesionales de la salud y la educación, acerca de las causas del fracaso escolar. Ambas fueron realizadas en la Universidad Estadual de Campinas, Brasil (UNICAMP). Gisela Untoiglich[3], psicoanalista, mostrará algunos resultados de su investigación sobre niños con problemas en sus aprendizajes que manifiestan dificultades atencionales.

El propósito de este trabajo es revelar el modo en que se van construyendo e instalando los procesos de patologización y medicalización de la infancia. Para esto nos centraremos en los discursos de los adultos (padres, docentes y profesionales de la salud) indagando cómo conciben los problemas escolares de los niños y a qué causas los atribuyen.

En primera instancia desarrollaremos algunos conceptos nodales para entender desde qué referentes teóricos se están pensando estas cuestiones para luego analizar cuáles son las consecuencias en la vida de las personas.

Procesos de medicalización

Cuando problemáticas de orden social, educativo, político, económico e incluso emocional son abordadas como si fueran problemas biológicos, estamos igualando el mundo de la vida humana al mundo de la naturaleza. Esto trae como consecuencia que se exceptúen de responsabilidad las instancias de poder, en cuyas entrañas son generadas y perpetuadas, las más de las veces, tales dificultades.

La institución escolar ha acompañado la creencia de que los problemas de aprendizaje y/o comportamiento de niños y adolescentes devienen de enfermedades inherentes a cada individuo, sean de origen biológico o psicológico.

Cada vez con mayor frecuencia, llegan a las unidades de salud pública o a los consultorios, niños derivados por las escuelas a causa de problemas en sus aprendizajes y/o comportamiento. Generalmente en la derivación ya se deja constancia de una "sugerencia diagnóstica", siendo las más comunes los trastornos neurológicos, psiquiátricos como el Trastorno por Déficit Atencional (TDA ó ADD) o el Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) o, últimamente, con un auge creciente el Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD). Una preocupación constante en Brasil es acerca de los efectos de la desnutrición en las cuestiones cognitivas. Es habitual que la solicitud contenga el pedido de exámenes específicos, así como la consulta por la derivación a escuelas especiales o la sugerencia de obtención de un certificado de discapacidad para tener acceso a los tratamientos necesarios.

En casi todos los casos, en el examen pediátrico, se constata que los resultados de las pruebas son los esperados para la edad y que, probablemente, se trata de la reacción del niño a los conflictos de su entorno. Cuando esto ocurre, no siempre la escuela lo acepta y es común que busque otras derivaciones que confirmen el problema individual del niño. En Brasil esto es lo que sucede mayoritariamente y en Argentina es más frecuente de observar en el ámbito escolar privado, que incluso muchas veces condiciona la rematriculación del niño en esa escuela, a condición de que esté medicado y/o en tratamiento.

¿Qué ocasiona que una institución escolar esté más interesada en confirmar su supuesto diagnóstico previo que en introducirse en indagar cuáles son los motivos reales que hacen que este niño no pueda aprender, no pueda atender o no pueda portarse bien?, ¿por qué la escuela busca, generalmente, el origen del problema por fuera de la institución?

Centrar el problema en el niño oculta las dificultades que podrían estar existiendo, por ejemplo, en el proceso de enseñanza–aprendizaje, la estructura de la escuela o las condiciones concretas del trabajo docente. Es en ese escenario donde aparecen los supuestos trastornos de aprendizaje y/o conducta, y se ubica el foco en el individuo que debería aprender y no aprende, en el que debería comportarse y por el contrario incomoda. Los discursos imperantes tanto de profesionales de la educación como de la salud hacen creer que la escuela y más extensamente la sociedad, es

"víctima de niños inadecuados, anormales, enfermos", sin cuestionarse si existe alguna relación entre la creciente cantidad de niños con "supuestos trastornos" y la inadecuación de un sistema escolar que intenta educar con modelos y referencias del siglo XIX a niños del siglo XXI.

Para entender cómo se construyen los procesos de patologización y medicalización nos apoyaremos en los siguientes referentes teóricos:

G. Canguilhem se preguntaba, ya en 1943, acerca de la construcción de los conceptos de normalidad y anormalidad. Define Normal como promedio, aquello que es "como debe ser", un modo de unificar lo diverso. La pregunta que cabe formularse es quién determina y bajo qué condiciones se define lo que se "debe ser". ¿Se pueden pensar estas categorías por fuera de su época histórica, por fuera de una ideología dominante? El autor planteaba que el ser vivo y el ambiente no son normales tomados por separado, sino que será en esa relación que se establecerán las bases para pensar qué es normal en determinado momento.

Foucault (2008) plantea que "*La enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado*" (p. 21). Se considera el proceso de medicalización como fundamental para entender cómo los sujetos y las sociedades se transforman en blancos de intervención de los dispositivos del poder. P. Conrad (2007) formula que la cuestión central para instalar los procesos de medicalización está en definir un problema en términos médicos, utilizar terminología médica para describirlo, referir a un marco médico para abordarlo y valerse de las intervenciones médicas para tratarlo (Faraone y cols, 2010). Así la medicina queda dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo. No hay campo exterior a la medicina. La biohistoria es el modo de pensar los efectos en el ámbito biológico de la intervención médica la huella que deja en la historia humana dicha intervención (Foucault, op.cit.). Será necesario interrogarnos acerca de las consecuencias del Saber Médico en la vida de las personas.

Para T. 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.

P. Conrad (op. cit.) analiza las consecuencias de los procesos de medicalización: 1- La expansión creciente de las áreas de incumbencia de la medicina, fomentada por una industria farmacéutica crecientemente poderosa y rentable; 2- El uso de diversas tecnologías por parte de la medicina para el tratamiento del comportamiento "anormal". La utilización de mecanismos tecnológicos que contribuyen al sostenimiento del *status quo*, con efectos en los sujetos (sobre todo en los niños) que en ocasiones resultan irreversibles; 3- Se deforma la realidad y se promueve el control social en nombre de la salud. (Faraone y cols., op.cit.).

Procesos de Patologización

Cuando características como la tristeza, la inquietud infantil, la timidez, la rebeldía adolescente, que son inherentes a lo humano se transforman en patología, nos encontramos ante un **proceso de patologización** de la vida. Este proceso lleva a concebir como mórbidas ciertas particularidades de los sujetos, lo cual implica un conjunto de operaciones políticas, programas, estrategias y dispositivos; además de intervenciones puntuales; campos argumentales; cuyos efectos ubican en un lugar de enfermo/a, o de potencialmente enfermo, anormal o pasible de traumatización o desubjetivización, a aquellos individuos que quedan por fuera de los criterios de normalidad de su época (Korinfeld, D., 2005). Esto involucra siempre una modalidad de saber que es solidaria de un ejercicio del poder.

¿Cuáles son los pasos que instalan el proceso de patologización en el campo de la salud mental? 1- En principio suele haber una búsqueda de causa unívoca y determinista[4]. 2- Impera un paradigma fijo de normalidad y todo aquello que queda por fuera se califica como anormal. 3- Se produce un acto de nominación que construye una clasificación que da sentido a todo lo que le ocurre a ese sujeto, y su vida pasa a ser leída desde esa única condición. 4- A partir de aquí toda la historia de ese sujeto, su pasado, su presente y su futuro estará atravesada por dicha categorización.

Cuando la maquinaria patologizadora se instala, sobre todo en la infancia, puede estar incentivada por la medicina, pero también por la psi-

cología e incluso cierto psicoanálisis, o por la institución escolar –como veremos más adelante-, esto invisibiliza una trama socio-política de la cual el sujeto es su objeto. Cuando un niño fracasa en la escuela y este fracaso es atribuido exclusivamente a su TDAH (de supuesto origen genético) o a sus vínculos familiares (problemática emocional), sin revisar toda la complejidad implicada que promueve dicho fracaso, entonces el proceso de patologización está en marcha. La mayoría de las veces ello ocurre sin que ninguno de los actores pueda percibirlo, generando una marca persistente en la subjetividad en construcción del niño, que va a determinar su presente, tanto como su porvenir.

El proceso medicamentalizador

La expansión de las áreas de incumbencia de la medicina está fomentada por una industria creciente y poderosa que ha dado lugar al proceso de medicamentalización de la vida (Iriart, 2008). Esta forma de intervención busca la adaptación de los sujetos a las condiciones de exigencia actuales, muchas veces sin medir costos, lo cual lleva con frecuencia a los adultos a introducir y naturalizar el aumento exponencial de consumo de psicofármacos en la infancia buscando la adaptación del niño a las exigencias que le impone la época, sin medir las consecuencias a largo plazo de dichas intrusiones.

Estos fármacos se están utilizando en la infancia para controlar las conductas de los niños y adaptarlos a un sistema, que en su estructura central no ha variado en los últimos tres siglos.

Investigaciones en diferentes países dan cuenta del aumento de niños diagnosticados y medicados por diferentes trastornos, sin que haya ninguna comprobación científica al respecto, y que en definitiva ponen en evidencia la falta de voluntad política para resolver los desafíos que nos presenta la infancia actual.

María Noel Miguez (2011), investigadora uruguaya, sostiene que alrededor del 30% de los niños uruguayos, de las escuelas que fueron relevadas, está siendo medicado con psicofármacos. El Ministerio de Salud

Pública Uruguaya no tiene cuantificado el consumo de psicofármacos, sin embargo es el encargado de proporcionar las medicaciones a través de sus planes de salud. Las estrategias difieren según el contexto económico-social de proveniencia de los niños. La medicación de niños de contexto crítico se calcula entre un 15% y un 20%, pero lo más significativo es la mayor derivación a educación especial, allí un 80% de los niños son medicados. En las escuelas de sectores más humildes, los alumnos comienzan a ser medicados cada vez desde más pequeños, con dosis cada vez más fuertes y con la reducción de la carga horaria, se le hace el pase a escuela especial y termina siendo un niño o niña con problemas de conducta -por cuestiones contextuales- en una institución especial, en una situación de discapacidad, sin tener ninguna deficiencia. En el contexto privado es distinto, se los sobreexige académicamente, muchos niños no pueden responder a ese ritmo académico, y la medicación se utiliza para que puedan seguir siendo productivos y reproducir la lógica de mercado. Se están utilizando distintos tipos de drogas con igual finalidad: controlar la conducta infantil. Las más utilizadas son: Metilfenidato (psicoestimulante utilizado para el Trastorno por Déficit de Atención), Risperidona (antipsicótico atípico usado para trastornos "graves" de conducta), Valproato (anticonvulsivo), Clonazepam (ansiolítico y anticonvulsivo) y Sertralina (antidepresivo). No se propone ninguna otra estrategia e incluso se naturaliza la existencia de colchones en el aula, para que los alumnos se acuesten durante el horario de clases, ya que a muchos de ellos la medicación los duerme.

En Argentina fue registrado un aumento del consumo de Metilfenidato desde 1994 al 2005 de 900%. En las zonas de mayor poder adquisitivo hay colegios que tienen hasta un 30% de chicos medicados con psicoestimulantes. El Metilfenidato es un derivado de la anfetamina, cuyo volumen de ventas, sobre todo en los Estados Unidos, constituye, según la revista inglesa *New Scientist*, "*uno de los fenómenos farmacéuticos más extraordinarios de nuestro tiempo*". Más del 9% de los niños estadounidenses están medicados con esta droga. Aunque los laboratorios insisten en su inocuidad, la DEA (*Drug Enforcement Administration*) la considera como una sustancia de "*alto potencial para el abuso*", y la coloca en la misma lista de riesgo que la cocaína o las anfetaminas.

La Dra. Faraone y su equipo realizaron una investigación en Argentina. El Departamento de Psicotrópicos y Estupefaciente de la ANMAT proporcionó datos correspondientes al período 2005-2008, de importación de esta sustancia, donde se pudo apreciar un significativo incremento, de 47.91 kg. en el 2007 a 81.75 kg en el 2008. Se halló como dato relevante el uso del fármaco como medio para la construcción diagnóstica, es decir, como anticipador del diagnóstico. Esto quiere decir que, en numerosas ocasiones, los niños son medicados con psicoestimulantes y se les dice a los padres que si ven que sus hijos están mejor, esto significa que el niño tiene TDA-H.

En Chile el crecimiento de niños diagnosticados por TDA-H fue de un 253% tan sólo en el año 2012. El dato significativo es que esto ocurrió luego de que el gobierno pasara a aumentar en un 196% la subvención escolar para aquellos institutos que tengan alumnos con diagnóstico de TDA-H. La importación de Metilfenidato en Chile pasó de 24,2 kilos en 2000 a 297,4 kilos en 2011.

F. Baughman (1999), neurólogo estadounidense, afirma que el país ha sido llevado a creer que cada emoción molesta es una enfermedad mental, y quienes dirigen la Asociación Psiquiátrica Americana saben muy bien que la están promoviendo como enfermedad [al TDAH] cuando no hay información científica que confirme cualquier enfermedad mental.

Más del 9% de los jóvenes consume Metilfenidato prescripto por un médico, sin embargo a esto hay que añadirle una cantidad indeterminada de personas que lo consumen de modo ilegal debido a los efectos similares a la cocaína.

Anderson, pediatra estadounidense de contextos humildes del condado de Cherokee, justifica la alta prescripción de psicofármacos diciendo: "Nosotros como sociedad decidimos que es muy costoso modificar el ambiente en el cual el niño se encuentra. Entonces tenemos que modificar al niño". (The New York Times, 2012)

En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS-SP) aumentó, durante el año 2012, en un 54% la compra y distribución gratuita de Ritalina (nombre comercial del metilfenidato), conocida también como "*la droga de la obediencia*". La venta de este producto en farmacias ascendió de 71.000 cajas en el año 2000 a 2 millones de cajas en el año 2011.

Como se puede observar este es un problema que excede ampliamente la cuestión de por qué un niño no aprende, no se comporta, o no se queda quieto en la escuela y tampoco es una cuestión que atañe sólo a las políticas en salud y/o educación de un único país. Lo que nos preocupa especialmente es la banalización y generalización del consumo de psicofármacos en la infancia y los intentos de simplificación de problemáticas tan complejas.

Estigma y preconcepto

En la Grecia Antigua, el término estigma remitía a señales físicas que ponían en evidencia algo diferente, negativo, indicador de que la persona era un criminal, esclavo o incluso un traidor. E. Goffman (1975) analiza cómo el estigma ha influenciado en las relaciones humanas. En la vida cotidiana, se observa que pasan a primer plano determinadas características que permiten preconcebir, por ciertos atributos, la identidad social de una persona. Así se construye una ideología revestida de teoría para explicar y legitimar la supuesta inferioridad y racionalizar la animosidad; al estigmatizado sólo le resta una alternativa: apartarse, aislarse. En síntesis, el sujeto estigmatizado queda apartado de lo humano.

Agnes Heller (1989), en sus estudios sobre la vida cotidiana, se dedico a analizar las categorías de pensamiento que rigen en lo cotidiano, en especial los prejuicios y los preconceptos. La vida cotidiana es la vida de todos los hombres y mujeres que de ella participan, con todos los aspectos de su individualidad, de su personalidad, poniendo en funcionamiento todas sus capacidades, habilidades, sentimientos, pasiones, ideas, ideologías, con tanta intensidad, inmediatez y simultaneidad –todo nos demanda respuestas inmediatas y simultaneas- que no es posible dedicarse por entero a ninguno de esos aspectos. Para la autora, concentrar toda la atención sobre una única cuestión, y empeñarse en su resolución dentro un proceso que "suspende" cualquier otra actividad, sólo es posible en actividades como el arte, la ciencia, la política y la ética. Sin embargo, para ser productiva, la "suspensión del cotidiano" debe ser capaz de modificar, al retomar

esa cotidianeidad, ese mismo cotidiano. Ya que es en la cotidianeidad en donde teorías, ideas y propuestas se concretizan o no. Como afirma la autora, "la vida cotidiana no está fuera de la historia, está en el centro del acontecer histórico: es la verdadera esencia de la sustancia social" (op. cit. p.20). Lo que no consigue modificar, transformar, infiltrar en el cotidiano, sobrevive apenas en el campo de las ideas de algunos individuos, sin repercusión, sin existencia para la inmensa mayoría de los hombres.

Para la autora los prejuicios son parte fundamental de la vida cotidiana: anteceden y van más allá de la confrontación con la realidad y no siempre son confirmados en el transcurso de la vida. Sin embargo, cuando un juicio es negado por la ciencia o por las vivencias del individuo, e incluso así se mantiene inalterable, impermeable a los argumentos de la razón, entonces ya no se trata de juicios provisorios, sino de preconceptos, una de las principales categorías de pensamientos y comportamientos cotidianos. Para Heller cada pensamiento se vincula a un afecto (puede ser a la fe o a la confianza), el saber se apoya en la confianza, y el afecto del preconcepto es la fe; en contradicción con el saber, resiste sin refutaciones, sin conflictos, al pensamiento y a la experiencia. La fe siempre está acompañada del par de sentimientos amor/odio; odio dirigido no sólo a aquellos que no tienen fe, sino también a las personas que no comparten nuestras creencias.

Tres investigaciones convergentes

Los conceptos vertidos hasta ahora nos permitirán el entrelazamiento con un recorte de investigación más amplia, multicéntrica, desarrollada en Argentina y Brasil.

Se parte del siguiente interrogante: ¿Cuáles son las concepciones y mecanismos que conforman y mantienen el proceso de medicalización y patologización del aprendizaje y el comportamiento en la infancia?

El objetivo fue analizar cómo los diferentes actores perciben y reaccionan ante los niños que fracasan en la adquisición de sus aprendizajes en la institución escolar.

A partir del interrogante que origina la investigación, se escogió un abordaje cualitativo, poniendo especial énfasis en el estudio de caso (Bogdan y Biklen, 1994). En esta investigación se indagaron los modos de concebir los llamados problemas de aprendizaje y comportamiento, tomando como referencia los discursos de los padres y de los profesionales de la salud y la educación.

Se seleccionaron 40 casos, 20 niños argentinos y 20 brasileños, entre 6 y 12 años, derivados por las escuelas y traídos por sus padres a la evaluación pediátrica (en los casos brasileños) y la evaluación psicológica / psicopedagógica (en los casos argentinos), en servicios ligados a la Facultad de Psicología (UBA) y la Universidad Estadual de Campinas (UNICAMP). Los padres fueron escuchados en el transcurso de la evaluación, y el motivo de derivación escolar fue analizado a partir de los informes escolares que acompañaban la consulta.

Asimismo fueron entrevistados 40 docentes y 40 profesionales de la salud (médicos, psicólogos, fonoaudiólogos y psicopedagogos) para indagar sus concepciones sobre las relaciones entre problemas de salud y aprendizaje/comportamiento. Las entrevistas tuvieron un formato semiestructurado y fueron grabadas con el consentimiento de los sujetos.

Discusiones teórico-clínicas acerca de los materiales investigados

En todos los casos la derivación estaba centrada en el niño, en busca de la confirmación de un "diagnóstico" de una enfermedad o trastorno inherente al mismo, suponiendo que esta era la pretendida causa de los problemas de aprendizaje y/o comportamiento. En algunos casos la derivación suponía, como causa adicional, problemas familiares.

Los "supuestos diagnósticos" más frecuentes fueron: trastornos neurológicos y/o psiquiátricos, en especial Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA-H), dislexia y desnutrición, estos dos últimos especialmente en Brasil. En ninguno de los casos estos diagnósticos fueron confirmados.

En las entrevistas realizadas con los profesionales tanto de la salud como de la educación, ninguno de ellos mencionó como posibles causas de las dificultades del niño, problemas en la pedagogía utilizada, tampoco se hizo referencia a políticas educativas ni a la formación docente, a las condiciones de trabajo, al salario o a la valorización social del rol docente o a la infraestructura edilicia, etc. Todos afirmaban, categóricamente, que las enfermedades individuales son la principal causa de los problemas de aprendizaje y comportamiento.

Un dato significativo es la similitud de discursos entre los profesionales argentinos y brasileños, develando la diseminación de un mismo ideario, infiltrado en los modos de pensar la vida. Un ideario que se presenta revestido de cientificidad, que se consolida en creencias inflexibles, rígidas y que no se integran con el mundo real en el cual la vida transcurre. Como discute A. Heller (op. cit), cuando un juicio, un concepto, es contradicho en la confrontación con la realidad concreta, y asimismo se mantiene inmutable, cristalizado, contra todos los argumentos de la razón, nos estamos enfrentando a un preconcepto.

Es interesante observar que en el análisis de los discursos de los profesionales de la salud y la educación, resulta imposible identificar cuál es la formación profesional de quien habla, si son docentes, psicólogos, médicos, fonoaudiólogos, tampoco cual es su nacionalidad, aun cuando la cuestión se refiere especialmente a problemas de salud que, en opinión del entrevistado, impedirían o dificultarían el aprendizaje. Esto pone en evidencia cómo los procesos de medicalización no necesariamente precisan a los médicos para su sostenimiento en los distintos ámbitos.

A modo de ejemplo citaremos algunos fragmentos de entrevistas:

- *Un niño hiperactivo es un niño con problemas neurológicos. No para, nada lo satisface, es distraído, disperso, molesto.*
- *La dislexia es una enfermedad neurológica que se caracteriza por grandes dificultades en aprender a leer y escribir.*
- *La hiperactividad es una enfermedad neurológica que dificulta el aprendizaje.*
- *La mala alimentación es causa del fracaso escolar porque la desnutrición afecta el cerebro.*

- *Las consecuencias de la desnutrición, como es de esperar, son desastrosas para el futuro escolar, ya que el niño tiene su capacidad mental lesionada.*
- *Un niño desnutrido ya nace con secuelas, con poco potencial, siendo imposible recuperar las condiciones necesarias para un buen desarrollo del aprendizaje.*

Los discursos son de todos en la medida en que no se diferencian. Cualquier profesional podría haber dicho cada uno o alguno de estos enunciados.

Es importante resaltar que esta equiparación está fundada en opiniones genéricas, sin base científica, que apenas reflejan el sentido común rígidamente establecido. Discursos que expresan preconceptos travestidos de ciencia, "*creer en preconceptos es cómodo porque nos protege de conflictos, porque confirma nuestras acciones anteriores*" (Heller, 1989, p. 48)

Constatamos que la medicalización del campo educacional justifica preconceptos racistas en el pueblo brasileño, por ejemplo en cuanto a la inferioridad de los negros o de los mestizos; asimismo en los argentinos encontramos referencias en cuanto a la inferioridad de las poblaciones migrantes de países limítrofes, especialmente bolivianos y paraguayos; también la supuesta inferioridad intelectual de la clase obrera fue explicada otrora por la conjunción entre la desnutrición, los parásitos y la anemia. A partir de 1980, con la llegada del DSM-IV, ocurre la progresiva ocupación de ese espacio por supuestas disfunciones neurológicas, a tal punto que hoy la mayoría de los discursos medicalizantes refieren a dislexia, TDA-H, TOD (Trastorno Oposicionista Desafiante), sin importar que las hipótesis de enfermedades neurológicas que comprometen exclusivamente el aprendizaje y/o el comportamiento jamás hayan sido comprobadas y son criticadas por la propia medicina. Sin embargo, como discursos dogmáticos resisten inquebrantables. Dogma e intolerancia a cuestionamientos pertenecen al terreno de la fe, y los preconceptos son elementos extraños al mundo de los saberes y conocimientos que se apoyan en la razón. (Collares y Moysés, 1996)

Es importante destacar que los preconceptos más antiguos no necesariamente desaparecen, sino que muchas veces son encubiertos por otros

más recientes. Con frecuencia, se manifiestan todos juntos, encadenados en una única frase que justifica lo injustificable y naturaliza y aplana las desigualdades.

Recortes clínicos

Presentaremos algunos recortes clínicos de entrevistas realizadas en Campinas y Buenos Aires para abordar esta cuestión.

Julio, un niño de 8 años (de Campinas, San Pablo), fue derivado por la escuela a una consulta pediátrica por un trastorno de aprendizaje y sospecha de TDA-H.

La docente expresa: "él debe tener problemas mentales, realiza tratamiento en el área de Salud Mental. Él es completamente descoordinado. Yo ya conversé con la psicóloga, pero hasta hoy no conseguí entender qué tiene. Pero realmente yo creo que él tiene un problema, sólo que ella no me dice cuál es. Él tiene muchas dificultades en la lectura y la escritura. Es inmaduro, necesita de lo concreto. No entiende lo abstracto. Está siempre agitado. Realiza tratamiento de Psicopedagogía en el Servicio de Salud Mental. Ahora está tomando un remedio y por eso está mejorando".

A su vez, la madre no entiende cuál es el problema. Dice que Julio aprende todo en casa y siempre fue normal, anduvo y habló en los tiempos esperables, sólo era muy nervioso y hacía muchos berrinches. A los dos años lo llevó al doctor para que le dé un calmante, el médico dijo que no le podía dar remedios sin saber qué era lo que tenía. Le realizó un electroencefalograma y constató que tenía "disritmia", que trata hasta hoy con Tegretol (nombre comercial de la Carbamazepina). Nunca tuvo convulsiones, sólo era nervioso y caprichoso, sólo tenía disritmia. Con casi tres años, a causa de los nervios, el médico lo deriva a psicología. Era un niño agitado, no sabía jugar con otros niños, agredía. El neurólogo decía: "La disritmia es así, medio nervioso, agresivo, mejora con el paso del tiempo". La madre afirma: "Pero nunca me habló de los problemas de aprendizaje. Antes de entrar a pre-escolar, él ya había comenzado el tratamiento con la psicopedagoga, porque la psicóloga supuso que él iba a tener problemas en la escuela. Ya hace dos años que Julio se trata con ella, a causa de las dificultades para aprender en la escuela, ahí ella le da deberes para hacer en casa y me dice que yo tenga paciencia, que con el tiempo él aprende, que no lo compare con otros chicos. La psicopedagoga comenta: "él va más despacio, demora más en aprender". Cuando Julio comenzó con todo esto, yo me preguntaba: ¿qué será lo que tiene? Debe ser algo grave lo que tiene que precisa de las tres y un neurólogo. [¿Qué tres?] La psicóloga, la fonoaudióloga y la psicopedagoga. A mi modo de ver, yo creo que él no tiene ningún problema. En casa, lo que uno le enseña, lo aprende".

Julio explica: "a la hora de estudiar, yo me quedo pensando en el futbol, en jugar. Me gusta jugar a la pelota, al futbol, las bolitas y los videojuegos. También los dibujos animados. Yo no aprendo porque tengo esa cosa en la cabeza".

La pediatra encuentra a un niño de 8 años que comenzó a ser medicado a los dos años por crisis de berrinches, aparentemente esperables para la edad, con un diagnostico de disritmia, medicado hasta hoy, sin nunca haber tenido convulsiones. En neurología está consensuado que un niño que no presenta crisis convulsivas no debe ser tratado por alteraciones en el trazado del electroencefalograma, ya que no se trata el EEG, sino las crisis derivadas. Después de eso inició tratamiento de psicopedagogía a los 5 años, antes de comenzar pre-escolar, porque los profesionales de la salud preveían (¿o vaticinaban?) que él iba a tener problemas de aprendizaje. Sin conseguir escapar del destino previamente delimitado, Julio tiene problemas en la escuela, a pesar de no presentarlos en casa. En la consulta pediátrica permaneció sentado todo el tiempo, dibujando y conversando. Niño normal. Estigmatizado. Ya incorporó un "padecimiento" inexistente (disritmia).

Julio es un niño normal con todas las condiciones para aprender en la escuela, tal como aprende fuera de ella. Sin embargo, ya no se considera normal y cree que no podrá aprender por un problema que tiene en su cabeza. Está preso en la introyección de una enfermedad supuesta, en una incapacidad inexistente. O que no existía... Está confinado, institucionalizado en una prisión que está ubicada en su mente. Julio nos muestra

otra fase del preconcepto: el estigma. Una persona puede evidenciar un atributo que lo torna tan diferente a los ojos de otro, que será ubicado en una categoría que le retira la posibilidad de ser, de existir, disminuido a la categoría de desecho, más o menos peligroso. El atributo se torna estigma, marca indeleble que lo mantiene en desventaja, dejando olvidada la identidad en construcción del niño.

Jorge es un niño de 8 años, que todavía estaba cursando primer grado, muy hábil, aprende con facilidad fuera de la escuela, no presenta ningún compromiso intelectual. En la consulta pediátrica se observa que está bien nutrido, con peso y estatura adecuados para la edad, lee y escribe razonablemente bien en la consulta médica. Sus padres nacieron en el Nordeste de Brasil. En la derivación, la docente (de la ciudad de Campinas, San Pablo) lo describe: "Él es pre-silábico, inmaduro, no está listo. Llegó a la escuela como una página en blanco, no sabía ni qué era un libro, un cuaderno. Los padres son analfabetos, pasó mucha hambre. Es desnutrido, basta mirarlo para ver su carita de nordestino".

El cotidiano escolar está impregnado de preconceptos, juicios previos, sobre los alumnos y sus familias, que son independientes y no están avalados por evidencias empíricas. Los niños no aprenden, supuestamente, porque son pobres, porque son negros, aborígenes, mestizos, nordestinos, bolivianos, paraguayos, campesinos; son inmaduros, son perezosos.

Julieta, *es una nena de 7 años, silenciosa, tímida. Concurre a una escuela pública de la Ciudad de Buenos Aires. Su madre es paraguaya, a su padre no lo conoce. Quienes concurren a la entrevista psicopedagógica son la madre y el padrastro. El hombre controla todas las respuestas de su mujer, la esposa baja la cabeza y no mira a la terapeuta en toda la entrevista. La docente dice que el problema es que la madre es paraguaya y que la niña tiene "un poco de Déficit Atencional". En el proceso psicodiagnóstico, la niña tiene dificultades en abrirse, las figuras humanas no tienen manos y, cuando se le pide que construya relatos a partir de las láminas del CAT (test de apercepción para niños), se angustia diciendo: "no te puedo contar ninguna historia".*

Los test cognitivos arrojan resultados dentro de la media. La terapeuta solicita una entrevista a solas con la madre, ella cuenta que su marido le pega a ella y que también castiga a la hija, sobre todo por las dificultades en la escuela, entonces ella trata de ocultar los problemas pero cuando la maestra los cita o llega el boletín el marido se pone como loco y reparte golpes para todos lados.

Finalizado el psicodiagnóstico la terapeuta se acerca a la escuela a hablar con la docente, la misma se sorprende de lo relatado ya que el señor le parecía muy correcto y culto. Por otra parte plantea que, poco tiempo atrás, había habido en la escuela una capacitación sobre TDA-H y que, según su criterio, la niña cumplía con todos los ítems para diagnosticar Trastornos por déficit atencional, agregando que para eso ella podía encontrar tips en internet que ayuden, y que seguramente una medicación la podría beneficiar. Sin embargo aclara que con un padrastro violento ella no podía hacer nada.

Cuántas veces nos encontramos con niños que son derivados por no atender, por no parar de moverse o por no producir en la escuela, a los cuales se les diagnostica rápidamente TDA y se los medica con psicofármacos, sin comprometerse a la escucha de su sufrimiento y encubriendo graves situaciones de violencia y abusos en su hogar (Untoiglich, 2011).

En el Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná, Brasil, se analizaron 150 niños que sufrían graves situaciones de violencia familiar. Todos ellos estaban siendo atendidos en diferentes servicios del Hospital, ningún profesional había detectado anteriormente dichas situaciones. Todos habían recibido diferentes diagnósticos neuropsiquiátricos. El 68,54% estaban clasificados como Dificultades de aprendizaje, TDA-H y fracaso escolar. Además, 127 niños estaban medicados con drogas psicoactivas, algunos por más de la mitad de su vida (Pfeiffer, 2011).

Algunos anudamientos para concluir

Entendemos que los problemas de aprendizaje y comportamiento, cuya prevalencia crece cada vez más, deben ser comprendidos como producto de una sociedad que propicia modos de vivir cada vez más competitivos, productivistas y direccionados hacia el consumo. Consideramos fundamental comprender los vínculos individuo/sociedad, en perspectiva de interrelaciones complejas. La sociedad es un conjunto constituido por la articulación compleja, entre innumerables individualidades, en el mismo proceso en que la totalidad de la sociedad constituye la totalidad de cada sujeto que también es por ella constituida. Cada persona es un sujeto histórico y cultural, con las marcas de su época y de su contexto, que deja sus huellas en su tiempo y su espacio.

La biologización basada en una concepción determinista, a partir de la cual todos los aspectos de la vida son determinados por estructuras biológicas que no interactúan con el ambiente, ni con las historias de los sujetos, desaloja de la escena los procesos y fenómenos característicos de la vida en sociedad, con una historicidad, una cultura, valores, afectos, una organización social con sus desigualdades de inserción y de acceso. Reducida la vida a su sustrato biológico, todo el futuro está irreversiblemente determinado desde el inicio; esto prepara el terreno para los procesos de medicalización y patologización. Reduccionismo, medicalización y patologización remiten a una concepción de la medicina y la psicología enraizada en un paradigma positivista.

Estigmatizados, discriminados, incapaces. Niños inicialmente normales se transforman en enfermos, al ser sometidos a miradas que no ven sus sufrimientos, que sólo exacerban sus defectos, carencias, que sólo ven lo que ya se supone que se sabe de ellos. Expropiados de su posibilidad de ser... sólo adolecen.

Notas

1. Doctora en Medicina, por la Universidad de San Pablo.
2. Doctora en Sociología y Política, por la Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo.
3. Doctora en Psicología, por la Universidad de Buenos Aires, Beca UBACyT.
4. En este momento predomina la hipótesis biologista, aunque no haya sido fehacientemente comprobada en ningún caso de enfermedad mental.

Bibliografía

Bogdan, R.C., Biklen, SK. (1994). *Investigação qualitativa em Educação.* Uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora.

Collares, C.A.L. y Moysés, M.A.A. (1996). *Preconceitos no cotidiano escolar. Ensino e medicalização.* São Paulo: Cortez-FE/FCM UNICAMP

Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human condition into treatable disorders.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Faraone, S., Barcala, A., Torricelli, F., Bianchi, E., & Tamburrino, M.C., (2010). Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. *Interface - Comunic, Saude, Educ, 14*(34), 485-497. Jul./set. 2010.

Faraone, S. y cols. (2009). "La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentalización en la infancia". *Revista Margen,* N°54. Disponible en http://www.margen.org/suscri/margen54/faraone.pdf. Acceso 10 de febrero de 2013.

Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (2012). *"Mapeamento do uso do medicamento Cloridrato de Metilfenidato".* Accesible 12 de febrero de 2013. Disponible en http://medicalizacao.org.br/mapeamento-do-uso-do-medicamento-cloridrato-de-metilfenidato/

Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad.* Argentina: FCE.

Foucault, M. (2008). La vida de los hombres infames. Buenos Aires: Altamira.

Goffman, E. (1975). *Estigma. Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada.* Rio de Janeiro: Zahar.

Heller, A. (1989). *O cotidiano e a história.* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Iriart, C. (2008). Capital financiero versus complejo médico- industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Cienc. & Saúde Coletiva*, v.13, n.5, p.1619- 26. Disponible en http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13n5/25.pdf. Acceso 15 enero de 2013.

Korinfeld, D. (2005). Patologización de la infancia y la adolescencia. *Sexualidad, salud y Derechos, Ensayos y Experiencias,* Número 57, pp. 88-104, Ediciones Novedades Educativas.

Míguez Passada, M. N. (2011). *La Sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya.* Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.

Pfeiffer, L. (2011). *Método de Classificação em Níveis de Gravidade da Violência contra Crianças e Adolescentes.* Tese de Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal do Paraná. Inédita. Szasz, T. (2007). *The Medicalization of Everyday Life.* Selected Essays. New York: Syracuse University Press.

Untoiglich, G. (2011). *Versiones actuales del sufrimiento infantil. Una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad.* Buenos Aires: Noveduc.

Capítulo II

Promesas y mitos de la ciencia moderna[1]

Wanderley Geraldi[2]

La ciencia no surgió de un hombre, pero tampoco fue el producto de la inmaculada concepción de un método abstracto y universal, sino una creación híbrida, plural y multifacética, engendrada por una comunidad en la que conviven y se fertilizan mutuamente religiosos y magos, artesanos y filósofos, ingenieros y comerciantes, matemáticos y experimentadores, aristotélicos y neo-platónicos, místicos y racionalistas, en una verdadera orgía de pensamiento-acción-percepción-creación.

D. Najmanovich

A pesar de la travesía histórica extremadamente heterogénea por la que la humanidad ha llegado a las ciencias contemporáneas, el olvido de este recorrido es permanente y nos lleva a creer, según el punto de vista universalista que adoptemos, que las verdades construidas en el presente,