



Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Ciencias de la Educación y Psicopedagogía

Trabajo Final de carrera de la Licenciatura en Psicopedagogía

**Patologización, medicalización e inclusión escolar.
¿Qué pasa en las escuelas respecto a las patologías que afectan
al aprendizaje?**

Alumna: Bogado, Yanina Micaela

Sede: González Catán

Resumen

Este trabajo pretende analizar cómo afecta la patologización al niño en cuanto al aprendizaje. La patologización y medicalización en la infancia, una de las etapas más vulnerables del sujeto, han presentado un aumento preocupante en los últimos años que afecta directamente la subjetividad, aún en formación, del niño.

Entendemos que los diagnósticos de los problemas de aprendizaje y comportamiento cuya prevalencia crece cada vez más en la infancia, deben ser planteados como un punto de partida para poder ofrecer posibilidades de modificación del mismo y no pensados como una suerte sin retorno.

A partir de un recorte que incluye el análisis de diez aulas de CABA y la visión de profesionales de la salud, intentaremos develar cómo se aborda esta problemática que afecta el aprendizaje con las que nos interpelan en la actualidad tantos niños desde las aulas.

Se concluye, luego del análisis de los datos obtenidos, que actualmente el 5% de los alumnos de las aulas de CABA poseen un diagnóstico respecto al aprendizaje. En cuanto a la inclusión escolar, la misma se ve afectada por las condiciones socio-económicas de los estudiantes. Al mismo tiempo, los docentes no poseen información formal en cuanto a las patologías, por lo que el abordaje para ellos se les presenta dificultoso. Además, se pudo concluir que las familias también cuentan con desinformación en cuanto a sus derechos por lo que muchas veces el recorrido hacia la inclusión es arduo.

Palabras clave: Patologización – Medicalización – Inclusión escolar – Diagnósticos - Docentes – Familias.

Índice

•Introducción.....	4
-1. Antecedentes de investigación.....	5
-2. El psiquismo en el niño.....	8
-3. El diagnóstico.....	10
-4. La patologización.....	12
-5. La medicalización.....	14
-6. La escuela.....	18
-7. Encuadre metodológico.....	22
-8. Análisis de datos.....	24
•Conclusión.....	34
•Bibliografía.....	37

Introducción

Las aulas muestran hoy situaciones complejas, con problemas individuales y grupales nuevos que, muchas veces, la escuela no alcanza a responder. Esta dificultad se ha ido incrementando en los últimos años y dejó de ser, como se suponía antes, un tema exclusivo de ciertos sectores sociales.

La patologización es el proceso social que pretende convertir situaciones que han sido siempre normales en cuadros patológicos y resolver, mediante la medicalización, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales. El proceso de la medicalización, según Foucault, comenzó en el siglo XVIII con la constitución del primer Estado moderno, Prusia, y la aparición de la Medicina del Estado, que no es el resultado de la medicina privada sino de una medicina social.

Gabriela Dueñas (2016) en su artículo “La patologización y medicalización de la infancia y los “derechos de los niños” en juego” menciona que no se cuestiona de manera generalizada el avance de los conocimientos médicos, ni los tratamientos médicos a base de medicación, menos aún el desarrollo científico tecnológico de la industria farmacéutica sino que lo que resulta sumamente preocupante y éticamente reprochable es el “abuso” que se observa en estas prácticas que terminan siendo nocivas para la salud, desde distintos puntos de vista.

Hoy en día cada cuadro psicopatológico tiene su medicación correspondiente. Así las escuelas cuentan con niños tristes a los que se da antidepresivos, niños rebeldes a los que se medica con antipsicóticos; niños angustiados a los que se da psicoestimulantes. Cuando los 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. 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 (Moysés, Collares, 2011).

Tanto el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría) como la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) ofrecen una gran gama de patologías para encuadrar al niño consultante. Beatriz Janín los menciona como “manuales para diagnosticar”

(2014, P. 1). Pero ¿Qué viene después de ese diagnóstico? ¿Cómo se ve afectada la identidad de ese niño en cuanto al aprendizaje? ¿Cómo interviene el docente con un niño “tildado de..”? En el marco de estos interrogantes es que se realizará una investigación en una escuela privada de CABA para conocer el porcentaje de los niños diagnosticados con patologías relacionadas al aprendizaje, y sus características en relación a este diagnóstico. Para esto se realizarán entrevistas a docentes del establecimiento, directivos y equipo de orientación escolar.

La patologización y medicalización de los niños es en la actualidad un tema estudiado y preguntado por diversos autores. Será objetivo de este trabajo conocer porcentajes de patologización y medicalización infantil en una institución tipo de CABA y además analizar cómo afectan estos diagnósticos al niño en el marco de la escuela, y articulando los antecedentes de la investigación en cuestión, llegar a una conclusión acerca de esta problemática.

1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

La cuestión de la patologización y la medicalización infantil ha sido abordada por numerosos investigadores y especialistas del campo de la salud mental de diversas disciplinas como la psicología y la psicopedagogía y desde distintos enfoques.

Uno de los trabajos de referencia es el estudio de Alicia Stolkiner quien aborda la cuestión desde el campo de la medicalización en la “era de la salud perfecta”. Entre sus principales aportes encontramos la descripción y el desarrollo conceptual del proceso de medicalización de la infancia y la forma particular del mismo que es la psicopatologización. Se analiza el problema en sus dimensiones económica, institucional y de las prácticas cotidianas. La dimensión económica aborda los efectos de la incorporación de la lógica mercantil en los procesos de atención de la salud y su irradiación a prácticas y discursos sociales. La institucional analiza su relación con instituciones constitutivas de la infancia (familia, escuela, etcétera). La hipótesis de base que plantea es la existencia de un antagonismo central entre objetivación y subjetivación propio de esta época, que se manifiesta en el proceso en estudio ligado a la lógica mercantil. Stolkiner dice (pág. 34) “El campo de la salud mental es uno de los que materializa de manera transparente el antagonismo

entre subjetivación y objetivación inherente a nuestra época. En él la práctica curativa ha incluido la posibilidad de privar de libertad a una persona en nombre de su curación, así como lo hacían las instituciones tutelares de la infancia en nombre del cuidado.”

Una investigación relevante sobre la temática en cuestión es la del psicoterapeuta Carlos Javier López Castilla. La misma se basa en la medicalización de la infancia en salud mental y aborda específicamente “el caso paradigmático de los trastornos de atención. Entre sus principales conclusiones encontramos que no existe para el TDA/H un déficit neurológico asociado al diagnóstico. Hasta la fecha, sigue sin encontrarse una etiología orgánica que explique la existencia del mismo. Los parámetros usados para su diagnóstico son meramente descriptivos. No existen pruebas médicas de diagnóstico que examinen las características biológicas de los sujetos evaluados para determinar la presencia o ausencia de TDA-H. EL método fundamental consiste en la observación, por parte de profesionales especializados, de determinadas áreas comportamentales, es decir que son subjetivas. Para facilitar la recogida de información se han diseñado escalas observacionales basadas en el listado de síntomas definitorios del trastorno. Estas listas, bien son una transcripción literal de los requisitos del DSM-IV.

Además Lopez Castilla (P. 179) afirma que “el uso de psicoestimulantes, como el Metilfenidato, uno de los principales tratamientos para el TDA-H, puede producir claros signos de docilidad en niños y animales, sin que por ello mejore el rendimiento académico o se enriquezca el abanico de comportamientos que permita una mayor adaptación del menor a su entorno. De esta forma, el consumo continuado de psicoestimulantes, como el mencionado metilfenidato, o el metifenidol o la dextroanfetamina, causan apatía, retiro social, depresión emocional y docilidad, así como comportamientos obsesivos y perseverantes, todos ellos, especialmente aptos para desenvolverse en ambientes altamente estructurados como son las escuelas actuales (Breggin, 1999).”

La misma cuestión, pero desde un enfoque diferente es desarrollada por el trabajo de Silvina Navarro Scirgalea, Dicho estudio se detiene en las problemáticas de los procesos de patologización y medicalización infantil en la sociedad actual: Infancia medicalizada en Uruguay y América Latina. En el mismo Se toman los aportes de Lipovetsky y Bauman, para comprender la sociedad posmoderna, dando lugar a nuevas producciones de subjetividad generadoras de cambios en las relaciones

de pareja, familia y demás. Asimismo, se piensa a la salud mental infantil desde la complejidad, contemplando algunos agentes implicados: la influencia del entorno social del niño, la situación familiar y la escuela. Estas instituciones se consideran intervinientes en la patologización de la infancia. Hacia el final del trabajo se orienta a pensar en distintas alternativas posibles para abordar el sufrimiento psíquico infantil desde la salud. La autora promueve el abordaje clínico terapéutico como principal camino hacia la resolución de los conflictos que desencadenan en los síntomas que aquejan al niño. Además contempla el uso de medicación como apoyo al proceso terapéutico en situaciones que lo ameritan, ya que considera que las alternativas de tratamiento son diversas, y que cada una de ellas debería ajustarse a las demandas presentadas por cada niño en particular.

No podemos dejar de lado el trabajo de Gabriela Dueñas quien en su publicación “Importancia del abordaje clínico de los problemas de aprendizaje frente a la tendencia a medicalizar a las infancias y adolescencias actuales” pretende visibilizar la importancia del papel que parecen desempeñar hoy cierto tipo de criterios de abordaje de las problemáticas en el aprendizaje con las que nos interpelan en la actualidad tantos niños y adolescentes desde las aulas. Para esto, hace referencia a prácticas psicopedagógicas de tipo reeducativas, a partir de las cuales se cuestionan las miradas cognitivo conductuales en las que se apoyan y se establecen diferencias con el tipo de intervenciones que se propone desde un enfoque clínico psicopedagógico y de la psicología educacional, con el objeto de contribuir a que los discursos provenientes de este ámbito comiencen a ocupar un lugar central en la agenda que sobre estos temas se desarrollen. Dueñas (2013) dice que resulta necesario considerar que las irrupciones de angustia que invaden hoy a los niños y adolescentes en las escuelas adquieren una legibilidad propia al reconocerlas también en su dimensión de “síntoma social”. Así, se constituye en el contexto de una sociedad que ha variado sustancialmente en las últimas décadas los modos de atender y de prestar atención a sus niños. No podemos entonces, dejar de preguntarnos: ¿de quién es el “déficit”? y ¿cuál el agente de la desatención?

Por último mencionamos el trabajo de Gisela Untoiglich “Medicalización y patologización en las infancias en América Latina”. Entre sus resultados menciona que en Argentina fue registrado un aumento del consumo de Metilfenidato desde

1994 al 2005 del 900%. En las zonas de mayor poder adquisitivo hay colegios que tienen hasta un 30% de chicos medicados con psicoestimulantes. El

Departamento de Psicotrópicos y Estupefacientes de la Administración Nacional de Alimentos, Medicamentos y Tecnología médica (ANMAT) proporcionó datos sobre importación de Metilfenidato correspondientes al período 2005-2008, donde se aprecia un significativo incremento, de 47.91 kg en el 2007 a 81.75kg en el 2008. Se halló como dato relevante el uso del fármaco como medio para la construcción diagnóstica. Esto quiere decir que, en numerosas ocasiones, los niños son medicados con psicoestimulantes y se les dice a los padres que si observan mejorías conductuales en sus hijos, esto significa que el niño tiene TDA-H.

2. EL PSIQUISMO EN EL NIÑO

Al estar frente a un niño, fundamentalmente, estamos frente a un psiquismo en estructuración, en el que los funcionamientos no están todavía totalmente establecidos, en tanto la infancia es fundamentalmente, devenir y cambio.

En los avatares mismos de la estructuración psíquica, estructuración signada por los vínculos con otros, están posibilitadas las perturbaciones que pueden afectar dicho proceso y afectar la psiquis en formación.

Beatriz Janin en su texto “El sufrimiento psíquico en los niños” (2011) hace referencia a que cuando alguien es concebido entra en una cadena de representaciones en la que va a ocupar un eslabón. Esto se da porque es soñado por otros, ya hay un lugar predispuesto para él. Que sea lo que no pudo ser la madre, lo que el padre de esa madre quería que fuera, “será un gran científico, será muy travieso...”.

El niño es incluido de entrada en un universo de pasiones y prohibiciones; es acariciado, mirado y hablado por otros. Pero la autora se pregunta ¿Cómo pasará este niño a tener una historia propia? En un primer momento la madre ejercerá un poder casi absoluto sobre él, sobre lo que necesita, desea y siente. Esto permite que el niño se humanice, que cobre sentido humano. En este punto aparece también una posibilidad al exceso de violencia, de una imposición a ultranza de la voluntad materna.

Cuando no hay espacio para pensar diferente al materno, cuando la madre tiene la imposibilidad de reconocer que ese otro es alguien diferente a ella, alguien que crece y tiene voz propia, entonces este niño no puede reconocerse como alguien,

porque es concebido como pedazo de un otro. Se instauran entonces dificultades para representar psíquicamente, para simbolizar. Muchas veces el niño queda ubicado como “tacho de basura” de las angustias de sus padres y denuncia con su cuerpo el estado psíquico de aquellos.

Beatriz Janin, cuestiona a los intentos de encuadrar los diversos modos del sufrimiento infantil ya que le resultan insuficientes por la extensión y complejidad de la problemática. Cita “Es fundamental pensar las fallas en la estructuración del psiquismo, las características particulares de la patología en un aparato psíquico que está en vías de constitución y la incidencia de los otros en esa estructuración”. Se plantea que un mismo trastorno puede aparecer en estructuras psíquicas muy diferentes, no hay una relación entre síntoma/estructura. Teniendo en cuenta su postura, “la falta de atención”, por ejemplo, puede estar ligada a distintas posibilidades como procesos de duelo, retracción de la fantasía, etc.

Se forma así una imagen de sí en la que quedan sobreimpuestas representaciones de otros a través de las cuales el niño recibe un determinado “ser”, y es esto lo que puede producir un funcionamiento acorde a aquello que le es adjudicado.

Cuando el niño va construyendo sus identificaciones, estructurando la instancia del yo en estos parámetros se incorpora un “sintomal silencioso”, Dice B. Janin “lo que se conforman son rasgos de carácter y los trastornos que se derivan no son productos de transacciones ni remiten a un contenido oculto”.

El niño queda atrapado en el ser que otros le proponen. No puede oponer enunciados identificatorios propios a los que se proyectan sobre él. No puede defenderse frente a ese ser identificado como “el terrible, el genio, el malvado, el que no puede...” porque no puede apelar a otras representaciones de sí.

Cuando un niño es “Etiquetado”, “Rotulado”, “Tildado de..”, queda apresado en ese calificativo que lo identifica como si fuera el único rasgo y esto nos plantea un problema de los diagnósticos tempranos, que terminan operando como sellos que lo identifican, impidiendo transformaciones.

3. EL DIAGNÓSTICO

Beatriz Janin (2011) afirma que diagnosticar no es poner carteles sino delimitar cuales son las determinaciones, qué conflictos están en juego, como pesa lo intersubjetivo (que incidencia tiene el funcionamiento psíquico de aquellos que lo rodean) y que defensas se han estructurado ya en ese niño.

Detectar dificultades tempranamente para poder operar sobre ellas es sumamente importante, pero esto no debe implicar dar un diagnóstico como resultado obligatorio de esa mirada temprana. No se trata de encuadrar niños sino de tratar de deshilar aquello que determina de un modo particular, esa dificultad. El riesgo de los diagnósticos tempranos es que el niño quede atrapado y determinado en un "cuadro".

Un niño no es un ADD-H, una dislexia, o un autismo. En su lugar, y retomando con nuestra mirada clínico psicopedagógica, un niño es una historia particular y un sujeto en construcción. La subjetividad de la que dependen las funciones cognitivas no viene dada, ni programada; sino que se produce, se constituye, a partir de complejos procesos en los que interactúan de manera singular diversas variables. En todo caso, lo único que se puede anticipar acerca de la infancia y la adolescencia es que es "puro devenir", que nada está acabado.

Cuando un niño o adolescente presenta problemas para aprender, se trata de un sujeto único y singular en pleno proceso de constitución, inmerso en un determinado contexto histórico-familiar y escolar que contribuye a su producción. Por lo tanto resulta incomprensible pensarlo en forma aislada, desconectada y o disociada de su historia y particulares condiciones de vida.

Por éste motivo, siguiendo a Untoiglich (2013) se puede decir que "en la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz" (pp. 61-62). La autora plantea la importancia de realizar hipótesis diagnósticas que oficien de orientación para el profesional, entendiendo que el devenir en el cual se realiza el diagnóstico se va transformando en el tiempo (Untoiglich, 2013). Un niño crece, madura sus funciones psíquicas y a medida que adhiere a un tratamiento los síntomas tenderían a desvanecerse.

Hay sin embargo, otro enfoque que se aleja demasiado del mencionado enfoque clínico psicopedagógico. Las miradas cognitivas recortadas, que apuntan a

intervenciones de tipo reeducativas sólo parecen concentradas en ver “la cara del signo” en relación a “patrones evolutivos” a partir de los cuales los examinan, evalúan y puntúan en términos cuantitativos, para luego “clasificarlos” de acuerdo a catálogos de trastornos mentales como los que ofrecen manuales del tipo del DSM V.

Para arribar a diagnósticos que encuadren en estos manuales, no existen pruebas médicas que examinen las características biológicas de los sujetos evaluados para determinar la presencia o ausencia de las patologías. El método fundamental consiste en la observación, por parte de profesionales especializados, de determinadas áreas comportamentales. La presencia o ausencia de determinadas conductas, así como su frecuencia en un tiempo dado, son las que determinan la inclusión o exclusión de los individuos en dicha categoría diagnóstica.

“La mayoría de los trabajos que han analizado la concordancia entre padres y profesores, respecto a la evaluación de un mismo sujeto, han encontrado un grado moderado de acuerdo. En la actualidad, no existen datos suficientes para valorar qué informantes (padres o profesores) representan mayor fiabilidad para discriminar la existencia o no de patologías. Algunos trabajos indican que ha de prevalecer la información de los profesores, otros que la de ambos y otros que la de los padres. La ausencia de un criterio unificado en el diagnóstico resta credibilidad a las evaluaciones, aún asumiendo la fiabilidad de las partes subjetivas.” Javier Lopez Castilla (2015, P. 177)

En muchas ocasiones, son los padres y profesores los principales encargados de hacer las observaciones sobre las que se dictamina el diagnóstico. Esta observación no se realiza siguiendo una metodología observacional adecuada, que respete las pautas de fiabilidad y validez dignas de todo registro de confianza, sino que se basa en el recuerdo y opinión subjetiva de personas que carecen tanto de formación en salud mental como de los conocimientos metodológicos necesarios.

Profundizando en estas cuestiones, se considera la importancia de tener en cuenta la incidencia que sobre un sujeto infantil en constitución, sumamente vulnerable a la mirada que sobre él tienen sus adultos más significativos y sus pares, puedan tener esos “diagnósticos etiqueta” que se le suelen abrochar junto a su nombre propio desde muy temprana edad.

Por otro lado, en su libro “La infancia Medicada” Alexis Ariel Morales sostiene que el diagnóstico es de capital importancia, ya que lo consideramos una entidad nosográfica válida, capaz de discriminar una entidad clínica independiente, que nos permitiría una mayor comprensión de un fenómeno. Por otro lado, si no tiene mayor capacidad eurística, si solo es una categoría que engloba elementos heterogéneos sin mayor fundamento, todo es por lógica inadmisibles. (Morales, 2015).

Podemos entender del anterior párrafo que los diagnósticos sin fundamento y poco claros pueden tener una connotación negativa, no solo para el diagnosticado sino que además se puede generalizar a la sociedad. Cuando no hay claridad acerca de los límites de una patología, cuando los síntomas son generalizados y la información no es precisa, los procesos de diagnóstico generalizados pueden desencadenar la patologización.

4. LA PATOLOGIZACIÓN

Siguiendo la línea de Morales, la respuesta simple a una demanda compleja, como el diagnóstico en la infancia, puede suscitar una serie de críticas. Menciona que el DSM supuso como novedad ofrecer una serie de indicadores fácilmente identificables, no requiriendo ningún grado de interpretación, entrenamiento o formación por parte de del observador. (2015, P. 35)

Teniendo en cuenta esto el diagnóstico podría ser realizado en los hechos por padres, maestros o cualquier profesional sin ninguna formación psicopatológica. En principio no habría nada que objetar, porque el diagnóstico no requiere de ninguna sutil lectura semiológica sino de la observación de lo más obvio y evidente. Pero también el diagnóstico debe ser objetivo, y la práctica del mismo llevada a la subjetivación de aquel que diagnostica, quienquiera que sea, lo lleva a reposar exclusivamente en el exceso.

Cuando el diagnóstico se da en exceso, como algo común que puede ser identificado sin requerir ninguna interpretación o si esa interpretación se da desde lo subjetivo, la patologización es fácil.

La patologización es el abuso de la práctica del diagnosticar. En una entrevista de la revista “Creciendo con Eco”, la licenciada en Psicología Gabriela Dueñas dice: “Resulta conveniente sin embargo realizar la siguiente aclaración en torno a lo que aquí denominamos como *“patologización y medicalización de la infancia y*

adolescencia”. Con estos términos, no se está cuestionando de manera generalizada el avance de los conocimientos médicos que posibilita la detección temprana de una gama cada vez más amplia de enfermedades, ni los tratamientos médicos a base de medicación, menos aún el desarrollo científico tecnológico de la industria farmacéutica gracias a la cual no sólo se ha logrado mejorar de modo significativo la calidad de vida de amplios sectores de la población mundial que tienen acceso a ella, sino que, además, ha permitido aumentar sus expectativa de vida. Sería una actitud necia negar estos progresos. En el campo específico de la salud mental por ejemplo, la llegada de los psicofármacos marcó un antes y un después incuestionable. Lo que resulta sumamente preocupante y éticamente reprochable es el “abuso” que se observa en estas prácticas que terminan siendo nocivas para la salud, desde distintos puntos de vista.”

Por otro lado, Beatriz Janin menciona en un artículo de su web que la psicopatología varía según la época y representa muchas veces “los males de época”. Y los niños de hoy no son idénticos a los de otras épocas. Se pregunta ¿Los que han rotulado de TGD tan rápidamente se detuvieron un instante para dejarlo “ser” o encontraron lo que buscaban sin mirarlo siquiera? “Cuando el padre me pregunta por qué yo no les di un diagnóstico, les explico que tendría que haber ido variando de diagnóstico cada dos semanas. Y que si lo hubiese dado, quizás todo este movimiento no se hubiera producido, hubiese quedado obturado.”, menciona.

Sabemos por lo visto hasta aquí, que un “sello” no es inocuo, que un niño se constituye a partir de la imagen que los otros le devuelven, que tenemos que ser muy cuidadosos para no fijar como estable un tipo de funcionamiento que puede ser transitorio o que podemos modificar con el trabajo analítico. Esto nos obliga a realizar un primer movimiento que supone instaurar dudas allí donde había certezas, generar preguntas y posibilitar de ese modo una transformación en la representación que los padres y el niño mismo tienen.

“La salud traza y corrige el límite entre “normal” y “anormal”. La salud es el estado correcto y deseable del cuerpo y el espíritu humanos” (Bauman, 2000, p 83).

La OMS concibe el estado de salud como “...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (...) La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la

seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. “ (Organización Mundial de la Salud, 1948, p. 1).

La patología es el estado opuesto al de la salud, es aquel estado incompleto del bienestar físico, mental y social. Que las patologías en la infancia no sean moda, antes de diagnosticar preguntémos, analicemos, transformemos.

La patologización tiene un aliado indudable, la medicalización que está a la espera del diagnóstico para jugar su partida. Veremos en el próximo apartado qué intereses se juegan atrás de este afán por “curar”.

5. LA MEDICALIZACIÓN

Si en la escuela un niño no presta atención a los detalles o comete errores en las tareas escolares, le cuesta mantener la atención sobre las mismas, no las finaliza, le cuesta jugar en silencio durante los momentos de ocio, mantenerse sentado durante un tiempo prolongado en el aula, suele olvidar las tareas de un día para otro y tiende a distraerse en clase, estamos ante un claro ejemplo de niño trastornado por una capacidad atencional deficitaria. Así es descrito por el principal manual de diagnóstico psiquiátrico (DSM). Y como mencionamos, el número de niños afectados alcanza cifras epidémicas y crecientes.

Vasen en su libro hace una crítica sobre las clasificaciones desmedidas del DSM-V que promueve medicaciones costosas y nocivas. Teme la inclusión de muchas variantes de la normalidad bajo la rúbrica de la enfermedad mental, sosteniendo el concepto de trastorno mental que queda grandemente indeterminado.

En su investigación, Alicia Stolkiner sostiene que “Sin desconocer que hay niños/as para quienes una prescripción de fármacos puede ser necesaria en el marco de una “clínica ampliada” en la que el problema sea abordado en su complejidad, es necesario revisar críticamente la masividad con que la psicofarmacología se constituye en respuesta hegemónica y/o única. También debe revisarse críticamente la creación permanente de nuevas patologías, lo que se suele denominar “diseasemongering”, o la adecuación de las nosografías a los recursos psicofarmacológicos (se crea la enfermedad para el medicamento), de lo cual es un buen ejemplo el debate actual sobre el próximo DSM V, categorización de

enfermedades psiquiátricas de la Asociación de Psiquiatras de Estados Unidos.” (2012, P. 28)

Hoy en día cada cuadro psicopatológico tiene su medicación correspondiente. Así las escuelas cuentan con niños tristes a los que se da antidepresivos, niños rebeldes a los que se medica con antipsicóticos; niños angustiados a los que se da psicoestimulantes. Cuando los 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.

En este sentido, Gabriela Dueñas en su investigación (2006) coincide con Stolkiner ya que afirma que no se cuestiona de manera generalizada el avance de los conocimientos médicos, ni los tratamientos médicos a base de medicación, menos aún el desarrollo científico tecnológico de la industria farmacéutica sino que lo que resulta sumamente preocupante y éticamente reprochable es el “abuso” que se observa en estas prácticas que terminan siendo nocivas para la salud, desde distintos puntos de vista.

El uso de psicoestimulantes, como el Metilfenidato, uno de los principales tratamientos para el TDA-H, puede producir claros signos de docilidad en niños y animales, sin que por ello mejore el rendimiento académico o se enriquezca el abanico de comportamientos que permita una mayor adaptación del menor a su entorno (Breggin, 1996).

De esta forma, el consumo continuado de psicoestimulantes, como el mencionado metilfenidato, o el metifenidol o la dextroanfetamina, causan apatía, retiro social, depresión emocional y docilidad, así como comportamientos obsesivos y perseverantes, todos ellos, especialmente aptos para desenvolverse en ambientes altamente estructurados como son las escuelas actuales. En la medida que la evidencia científica no resuelve las cuestiones más importantes respecto al tratamiento de los menores diagnosticados, así como ni siquiera se encuentran pruebas concluyentes que avalen la existencia objetiva de una alteración neurológica, el hecho de usar una potente sustancia como medicación en niños de corta edad, parece obedecer más, como comentábamos anteriormente, a la sumisión de las necesidades del niño a las del mundo adulto, que a un tratamiento eficaz para una perturbación de causas desconocidas, sin mencionar los condicionamientos económicos de su uso.

En su investigación, Carlos Javier López Castilla aborda específicamente el caso paradigmático de los trastornos de atención. Entre sus principales conclusiones encontramos que no existe para el TDA/H un déficit neurológico asociado al diagnóstico. Hasta la fecha, sigue sin encontrarse una etiología orgánica que explique la existencia del mismo. Los parámetros usados para su diagnóstico son meramente descriptivos. No existen pruebas médicas de diagnóstico que examinen las características biológicas de los sujetos evaluados para determinar la presencia o ausencia de TDA-H. El método fundamental consiste en la observación, por parte de profesionales especializados, de determinadas áreas comportamentales, es decir que son subjetivas. Para facilitar la recogida de información se han diseñado escalas observacionales basadas en el listado de síntomas definitorios del trastorno. Estas listas, bien son una transcripción literal de los requisitos del DSM-IV.

En el trabajo de Gisela Untoiglich “Medicalización y patologización en las infancias en América Latina” se menciona que en Argentina fue registrado un aumento del consumo de Metilfenidato desde 1994 al 2005 del 900%. En las zonas de mayor poder adquisitivo hay colegios que tienen hasta un 30% de chicos medicados con psicoestimulantes. El Departamento de Psicotrópicos y Estupefacientes de la Administración Nacional de Alimentos, Medicamentos y Tecnología médica (ANMAT) proporcionó datos sobre importación de Metilfenidato correspondientes al período 2005-2008, donde se aprecia un significativo incremento, de 47.91 kg en el 2007 a 81.75kg en el 2008.

Morales, menciona en su libro (Pag. 31) que existe una serie de cuestiones relativas a la medicación que son generalmente ignoradas. La primera es que las drogas para este tipo de tratamientos no vienen a reemplazar una insuficiencia orgánica, como lo hace por ejemplo la insulina con los pacientes diabéticos, sino que producen determinados efectos que “compensan” el déficit. Los mismos resultados pueden obtenerse en otros individuos que no posean una patología de este tipo y si tengan depresión por ejemplo, o en casos en que se necesite obtener una mejora en rendimientos académicos.

La segunda es que el metilfenidato no cura las patologías, simplemente atenúa sus síntomas mientras se mantiene su consumo, con un éxito variable según cuál sea la fuente de consulta. Las mejorías sintomáticas varían según a quién se le pregunte.

Menciona el mismo autor que una interesante investigación sobre el valor terapéutico de la droga, realizado por la Dra. Nora D. Volkow, directora del Instituto Internacional de Abuso de Drogas de los EE.UU., demostró que los efectos a nivel cerebral sólo son registrables cuando se combina el metilfenidato y el interés del sujeto. Lo cual demuestra que por sí mismo no es capaz de provocar los efectos deseados si no está mediado por la dimensión psicológica.

El tercer punto son los efectos secundarios, como antes mencionábamos, nerviosismo, inquietud, irritabilidad, euforia, que pueden ser seguidos de fatiga y depresión. Insomnio o somnolencias, pesadillas, y hasta empeoramiento de síntomas de psicosis o autismo.

El cuarto punto es la relación del TDAH, en este caso, con el abuso de sustancias en la vida adulta. Mientras que algunos señalan el consumo permanente de medicación como responsable, otros acusan al trastorno y exoneran a los fármacos, que para ellos puede incluso tener un factor protector frente al posterior consumo de drogas ilícitas.

A pesar de que drogas como el metilfenidato tienen un uso legal, su capacidad adictiva se la considera de las más altas. Documentos oficiales de la DEA (Drug Enforcement Administration) en USA señalan que su consumo recreativo es en preadolescentes del 3.8%, mientras que se ha registrado un 93% de aumento de metilfenidato con fines no médicos en la población universitaria, entre 1993 y 2005.

A partir de estos datos, es importante señalar que las drogas administradas en estos casos, con el metilfenidato como referente, no son “sanalotodo”, sino que su uso debe ser regulado, acompañado por un tratamiento psicológico y controlado en relación a cada paciente y los efectos que el mismo causa en él. Esto no significa demonizar la droga en sí misma, pero sí al fanatismo innecesario.

Toda medicación psiquiátrica tiene siempre un número de contras, la pregunta es si los beneficios lo superan. En este caso, mirar la situación de cada niño y analizar si la misma es de tal gravedad como para administrar una cantidad importante de efectos secundarios. Seguramente habrá casos que lo ameritan, pero no se puede recetar con la ligereza con la cual se entregan caramelos, lo que parece ser ahora más la regla que la excepción.

6. LA ESCUELA

Tomando la idea foucaultiana del dispositivo de la escuela como promotora de disciplina y normalizador de conductas: “La disposición de los cuerpos del alumnado en la clase, frente al docente que dicta y establece el orden, el uso de túnica y moña, además del horario cronometrado en tiempos de actividad pedagógica y de actividad lúdica son maneras de disciplinar y controlar a los cuerpos infantiles.” (Foucault, 1986) Caemos en la cuenta de que las funciones de la escuela han ido transmutando de acuerdo a las necesidades y transformaciones de la sociedad; pero que sin embargo, permanece su función de disciplinamiento y normalización de conductas a través de nuevos mecanismos.

La escuela estandariza, y aunque se hayan incorporado y “modernizado” muchas estrategias didácticas, a fin de año un niño debe alcanzar cierto nivel para promover. Los niños que no respondan a este programa, los que no alcancen lo “estándar” o aquellos que tiendan a “distorsionar” la clase, generan malestar en el aula que los docentes muchas veces tienden a sentir como situaciones de “desborde”.

Tales acciones disruptivas de parte de los alumnos dan pie a que desde la escuela se derive, o se pida derivación, a especialistas (psiquiatra infantil o neuropediatra) en busca de una solución rápida y efectiva (Miguez, 2011). De ésta manera caen en clasificaciones diagnósticas, tales como el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, uno de los trastornos que con mayor frecuencia se “detectan” en la escuela, según plantean distintas investigaciones al respecto.

Es importante señalar que no se busca culpabilizar o responsabilizar al sistema educativo de las complejas problemáticas que atraviesan hoy los niños de nuestra sociedad. Pero resulta necesario considerar que la escuela además de brindar aprendizajes y conocimientos a sus alumno/as, debe hacerse cargo del cuidado de los mismos; convirtiéndose en algunas ocasiones en una institución protectora de niño/as que en su casa, quedan a la deriva de situaciones familiares complejas y bajo el desamparo de sus adultos responsables. Es así que, determinadas problemáticas del niño que han pasado desapercibidas en el entorno familiar, se visibilizan en el ámbito educativo.

En ésta línea, Untoiglich (2004) plantea que para que un niño ingrese a la escuela primaria deben elaborarse determinados trabajos psíquicos: Difícilmente

podrá atender a los requerimientos escolares un niño que no tenga mínimamente tramitadas cuestiones ligadas a su origen, a su historia familiar, al lugar que ocupa en el deseo de sus padres, que tenga ciertos diques constituidos; límites incorporados; posibilidades sublimatorias de aplazamiento de la satisfacción inmediata (...) que pueda renunciar a la presencia real e inmediata de la madre en pos de recibir más tarde la felicitación de mamá cuando vea las producciones escolares. (Untoiglich, 2004, p 128)

En la actualidad, nos encontramos en situaciones dentro de las escuelas donde determinadas formas de actuar de niños y niñas llevan al mundo adulto a vincular “trastornos” de conducta y / o aprendizaje de su contexto socio-histórico-cultural, lo que lleva a un efecto inmediato que des-responsabiliza a las escuelas y a las familias; donde la causa de la dificultad es atribuida entonces a supuestos déficits de carácter biológico de los niños, para los cuales existen respuestas médicas. Estas miradas tienden a abordar, diagnosticar y patologizar a la infancia entendiendo que los obstáculos que se presentan en los procesos de enseñanza y de aprendizaje o los llamados “problemas de conducta” que expresan los niños en las escuelas, parecen ser suficientes para establecer un diagnóstico; cuando en realidad son el inicio de las consultas o de orientación con criterio clínico las que ameritan sean consideradas para explicar algunos síntomas. Como ejemplo más habitual: lo que sucede con los niños inquietos a los que les cuesta prestar atención en clase.

Un tema a entender es que lo que se define como patológico en un niño en una determinada época, puede ser considerado como “normal” en otra. Esto ocurre principalmente porque la interpretación de una sociedad sobre el funcionamiento de niños y adolescentes se funda sobre criterios educativos variables y sobre representaciones que dependen de ese momento histórico. Es decir, cada sociedad en un determinado tiempo, espera funcionamientos diferentes de los sujetos niños y adolescentes como si se establecieran contratos diferentes y exigencias distintas para pertenecer a ella, tolerando de forma variable las llamadas “desviaciones”.

Cuando la tolerancia no esté hablaremos de *etiquetamientos*, *nuevos diagnósticos*, *patologización de la infancia* y *posterior medicalización* de la misma.

Por otro lado, y revisando el marco legal que encierra el tema en cuestión, en el año 1994, la Declaración de Salamanca convoca a los gobiernos a adoptar como cuestión legal o política el principio de educación inclusiva. Simultáneamente debe considerarse que la educación es un derecho amparado por la Constitución Nacional -art. 14- y contemplado por diversos Instrumentos Internacionales a los que el Estado Nacional suscribió. En consecuencia, se está hablando de un aspecto ampliamente garantizado y, avanzando en la relación discapacidad y educación, la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad obliga a los Estados signatarios, entre los que se encuentra nuestro país, en su artículo 24 a reconocer el derecho de las personas con discapacidad a la educación. Con miras a hacer efectivo este derecho sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, los Estados Partes asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles así como la enseñanza a lo largo de la vida, con miras a desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana; desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas; hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre.

Al hacer efectivo este derecho, los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad no queden excluidas del sistema general de educación por motivos de discapacidad, y que los niños y las niñas con discapacidad no queden excluidos de la enseñanza primaria gratuita y obligatoria ni de la enseñanza secundaria por motivos de discapacidad. Además personas con discapacidad puedan acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita, en igualdad de condiciones con las demás en la comunidad en que vivan. También se asegurará que se hagan ajustes razonables en función de las necesidades individuales Y se preste el apoyo necesario a las personas con discapacidad, en el marco del sistema general de educación, para facilitar su formación efectiva y se faciliten medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión.

En Argentina esto se toma y Ley de Educación Nacional 26.206 permite a las personas portadoras de discapacidad el acceso a la educación en nuestro país en los distintos niveles (desde el inicial hasta el superior). Fue sancionada el 16 de diciembre del 2006 para luchar contra la desigualdad y la discriminación en los ámbitos educativos. En sus artículos, manifiesta las obligaciones del Estado de proteger y brindar las condiciones necesarias para que los portadores de discapacidad puedan acceder y permanecer dentro de las instituciones públicas y privadas.

Los artículos 42, 43, 44 y 45 de la Ley que protegen los derechos inclusivos están en el capítulo 8, que regula la Educación Especial, desde el Nivel inicial hasta el Superior, de manera que: •La Educación Especial brinda atención educativa en todas aquellas problemáticas específicas que no puedan ser abordadas por la educación común. [...] garantizará la integración de los/as alumnos/as con discapacidades en todos los niveles y modalidades según las posibilidades de cada persona. • Establecerán los procedimientos y recursos correspondientes para identificar tempranamente las necesidades educativas derivadas de la discapacidad o de trastornos en el desarrollo, con el objeto de darles la atención interdisciplinaria y educativa para lograr su inclusión desde el Nivel Inicial.

•Con el propósito de asegurar el derecho a la educación, la integración escolar y favorecer la inserción social de las personas con discapacidades, temporales o permanentes, las autoridades jurisdiccionales dispondrán las medidas necesarias para: posibilitar una trayectoria educativa integral que permita el acceso a los saberes tecnológicos, artísticos y culturales; contar con el personal personalizado suficiente que trabaje en equipo con los docentes de la escuela común; asegurar la cobertura de los servicios educativos especiales, el transporte, los recursos técnicos y materiales necesarios para el desarrollo del currículo escolar; propiciar alternativas de continuidad para su formación a lo largo de toda la vida; garantizar la accesibilidad física de todos los edificios escolares. •Crearé las instancias institucionales y técnicas necesarias para la orientación de la trayectoria escolar más adecuada de los/as alumnos/as con discapacidades, temporales o permanentes, en todos los niveles de la enseñanza obligatoria, así como también las normas que regirán los procesos de evaluación y certificación escolar. [...] participarán en mecanismos de articulación entre ministerios y otros organismos del Estado que atienden a personas con discapacidades, temporales o permanentes, para garantizar un servicio eficiente y de mayor calidad.

Como vemos, la educación, entendida entonces como la llave del crecimiento y la realización personal, es amparada a través de un cuerpo normativo acorde respecto a los niños con patologías que afectan el aprendizaje, detallando el modo de llevarla a cabo. Para proteger y garantizar los derechos de las personas con discapacidades temporales y permanentes es necesario que toda la sociedad conozca y se apropie de lo que dice la Ley de Inclusión.

El artículo 2 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad define “discriminación por motivos de discapacidad” como “cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igual de condiciones de todos los derechos humanos, y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables”.

Esto implica que está prohibida toda la práctica que excluya a todo alumno con discapacidad con fundamento en su supuesta imposibilidad para abordar los contenidos o la falta de recursos para llevar a cabo un proceso de inclusión. El derecho a la educación inclusiva debe ser asegurado no solo por las escuelas públicas, sino también por las de gestión privada. En el caso de que estas no permitan el ingreso de un niño fundándose en su discapacidad, el Estado deberá intervenir para poner fin a esa práctica discriminatoria, pues es el último garante de este derecho.

7. ENCUADRE METODOLOGICO

En este marco se recorta la siguiente problemática de investigación: ¿Cómo afecta la patologización al niño respecto al aprendizaje? Además, interesará poder responder

¿Cómo afecta la patologización al niño respecto a la inclusión escolar? ¿Cómo afecta el diagnóstico en su relación con los pares? ¿Cuáles son las patologías más frecuentes hoy en día en las escuelas de CABA y qué conocen los docentes acerca de las mismas? ¿Qué metodología de trabajo emplean para trabajar con niños que tienen patologías que afectan el aprendizaje? ¿Cómo afecta la medicación al niño de edad escolar?

Con el propósito de dar respuesta a los interrogantes mencionados, esta investigación tiene como objetivos generales conocer, describir y analizar la problemática de la patologización y medicalización infantil dentro de las instituciones educativas, a partir de la visión que tienen los directivos, docentes, docentes integradores y profesionales de la salud intervinientes en el ámbito de la escuela.

Además se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- Analizar las percepciones de los docentes sobre la inclusión de niños diagnosticados en la escuela.
- Identificar cuáles son las patologías más comunes dentro de las aulas de CABA hoy en día.
- Determinar qué conocimientos poseen los docentes de las diferentes patologías que afectan al aprendizaje.
- Conocer qué estrategias y herramientas utilizan los docentes con los niños diagnosticados.
- Conocer qué piensan los profesionales de la salud acerca de la patologización y medicalización infantil.

El tipo de análisis de esta investigación es micro-social, ya que se hace referencia al estudio de la conducta específica de un grupo dentro de una sociedad.

Se utilizará el método cualitativo, que se caracteriza por presentar una mirada holística de la realidad social. Se apelará entonces a una mirada subjetiva, involucrando a los actores principales que forman parte de la investigación. Esto permitirá conocer, analizar y comprender lo que sucede en las escuelas de nivel primario de CABA respecto a la medicalización y patologización infantil.

En cuanto a las técnicas para la recolección de datos se utilizarán la observación y entrevistas realizadas a los actores mencionados, tomando como unidad de análisis a la patologización y medicalización infantil y su relación con la escuela primaria, tanto del ámbito público como privado, de CABA.

8. ANÁLISIS DE DATOS

Para dar inicio al análisis de los datos, basándonos en las observaciones y entrevistas realizadas a diversos profesionales de la salud y la educación, nos parece fundamental destacar que en la totalidad del material recolectado los profesionales afirmaron que en sus respectivas escuelas se trabaja con alumnos diagnosticados con patologías que afectan al aprendizaje.

Esta afirmación nos permite conocer que las entrevistas están orientadas a expertos que conocen del tema en cuestión o que al menos lo vivencian en su trabajo diario.

Las escuelas de CABA reciben en número considerable alumnos con patologías de aprendizaje pero, ¿Están las mismas preparadas para esto?

•Percepciones de los docentes sobre la inclusión de niños diagnosticados en la escuela:

De acuerdo a las entrevistas administradas, en general los profesionales coinciden en que depende mucho de las posibilidades de socialización del niño los vínculos que este pueda construir en la escuela. Los niños diagnosticados suelen tener dificultades sociales y esto en el ámbito escolar delimita tanto la relación con sus compañeros como con sus docentes.

“Es muy difícil el vínculo con sus compañeros, debido a la ausencia total del lenguaje y el modo de relacionarse con los otros, que es muchas veces mediante pellizcos, patadas o golpes” dice Gabriela, docente de nivel primario de CABA.

“El caso de una niña es muy llamativo, en cuanto a la relación con sus pares, ya que desea vincularse con los chicos, pero para ello llama la atención robando, golpeando bancos. Es difícil la convivencia, ya que el grupo ya no desea tener un vínculo con ella” comenta al respecto Roxana Araujo, profesora de EGB y psicopedagoga.

Como vimos, según la cita de Untoiglich (2004) un niño debe superar procesos internos para poder sumergirse en el ámbito escolar, y muchos de estos procesos son primarios y nacen desde el vínculo familiar. Es así que no es ilógico que

aquellos niños que afrontan dificultades de aprendizaje fundantes en estos vínculos no lleguen a vincularse o a “encontrarse” tampoco en un entorno mucho más social.

¿Cuál es entonces el lugar que ocupa la institución educativa cuando no puede lograr esa inclusión entre los vínculos de los alumnos? Se escucha en la voz de los profesionales la palabra “contención”, la escuela como contenedora de casos en los que el aprendizaje, por la severidad de la patología, muchas veces no se logra. En ese sentido, se puede decir que cumple con la función “protectora”, de la que hablábamos anteriormente, la institución escolar no escapa si no que recibe, en muchos casos como puede.

Al respecto de esto, Silvina, maestra de educación primaria de una escuela pública de CABA dice “En mi experiencia, puedo observar que los niños medicados no aprenden, sino que asisten a la escuela y simplemente se los contiene”.

Podemos afirmar en este sentido que la escuela es esta época escuela ha ido transmutando de acuerdo a las necesidades y transformaciones de la sociedad; y esta sociedad actual necesita en muchas situaciones de su rol de “protectora” hacia aquellos que no encuentran en otro lado esta contención.

Pero por otro lado existe una realidad que no se puede negar, y es la de que hoy en día y a pesar de la normativa revisada en puntos anteriores, hay escuelas que se oponen o “ponen trabas” a esta inclusión.

“Esta escuela es muy buena en el sentido de integraciones, conozco muchos casos en los que las escuelas no le permiten el ingreso a los chicos diagnosticados, les dicen que no tienen vacantes o que ya tienen muchos chicos integrados en el grado que le corresponde. Es terrible, primero que nada porque es ilegal, pero muchas veces las familias no lo saben” comenta Micaela, Psicopedagoga entrevistada.

“Hace unos años estuve en una escuela en la que no se aceptaban integraciones, entonces cuando empecé a trabajar acá me costó un poco entender el sistema”.

Las entrevistas administradas, así como numerosos artículos que se ven en la actualidad en diarios, son muestra de la negativa de muchos establecimientos de la

educación privada, en el marco de la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires, a aceptar el ingreso de niños con discapacidad con o sin maestras integradoras.

Como vimos, la Ley Nacional de Educación vigente 26.026, establece la educación inclusiva en todo el país. No obstante, los padres de niños con discapacidad deben enfrentarse, al momento de iniciar la búsqueda de una institución para sus hijos, no tanto a la elección del mismo en base a su propuesta académica, sino a la conducta que la escuela asume frente a la integración.

La educación inclusiva parte de respetar la singularidad del alumno, reconocer las diferencias y valorarlas en sus aspectos positivos y fortalecer las áreas necesarias para desarrollar los apoyos específicos que se requieran. Sin embargo, la inclusión educativa resulta por lo menos bastante dificultosa cuando no de imposible realización. Las razones generalmente versan sobre falta de vacantes, ausencia de personal especializado, carencias edilicias en materia de accesibilidad, entre otras.

Entonces, la pregunta que surge con claridad ahora es: ¿Cómo pueden negarse las instituciones educativas de la esfera privada a aceptar alumnos con estos proyectos si la ley es clara al respecto? El escenario es confuso y tiene como principal perjudicado al niño/a que no encuentra escuela para desarrollarse.

A pesar de la bondad de los objetivos perseguidos, la práctica demostró que se continúan marcando diferencias entre alumnos que presentan algún tipo de déficit de aquellos que no, sobre todo en el terreno escolar. Se continúa con una mirada sesgada sobre la patología del alumno, con un gran déficit en la oferta para niños con distintas discapacidades.

La realidad actual dista mucho aun la realidad educativa de poder garantizar la educación inclusiva total, fundamentalmente por insuficientes políticas de Estado al respecto, que a modo de ejemplo impulse la capacitación y formación de profesionales, que implique un cambio sustancial en dicha formación y en todo el ámbito educativo.

“A veces se hace difícil, que un niño esté en el aula no significa que este esté incluido, sino que solo comparte un espacio común.” Dice Marcela, docente de 2 año de una escuela estatal.

Estar no significa ser parte, y aunque es el primer paso no es a lo que se apunta con el modelo de educación que la ley propone. Será trabajo de los actores de las instituciones educativas, tanto autoridades como docentes informarse, capacitarse y promover a que cada niño goce de su derecho a la educación en toda la amplitud que esta palabra pueda significar.

•Patologías más comunes dentro de las aulas de CABA hoy en día:

De acuerdo a las entrevistas administradas se puede dar cuenta de 10 aulas de educación primaria, correspondientes a escuelas de gestión pública y privada de CABA. Dentro de estas aulas hay:

- Trastorno del Espectro Autista: 4 alumnos.
- Trastorno Déficit de Atención: 4 alumnos.
- Trastorno General del Desarrollo: 3 alumnos.
- Retraso Madurativo: 2 alumno.
- Síndrome de Down: 1 alumno.
- Síndrome de Angelman: 1 alumno.
- Síndrome de Opitz: 1 alumno.

Ante una estadística del 5.33% de alumnos patologizados, lo que se podría traducir también en aproximadamente dos alumnos por aula (tomando una cantidad estándar de 30 chicos) volvemos a un cuestionamiento planteado en el punto 2 de este trabajo, y pensar desde qué enfoque se asientan estos diagnósticos, si corresponden a un enfoque integral psicopedagógico o a un enfoque cognitivo recortado. ¿Se intenta

desandar el camino recorrido que culminó en el diagnóstico para intentar modificar la realidad, o se busca un número estadístico que etiqueta sin ver más allá al sujeto?

Como vimos anteriormente, si el diagnóstico se escribe “en lápiz” se ofrece la posibilidad de modificar y puede tomarse como un punto de partida, de referencia, y no de estancamiento. Y en este sentido nos parece importante recordar que un niño no es un ADD-H, una dislexia, o un autismo. En su lugar, y retomando con nuestra mirada clínico psicopedagógica, un niño es una historia particular y un sujeto en construcción. La subjetividad de la que dependen las funciones cognitivas no viene dada, ni programada; sino que se produce, se constituye, a partir de complejos procesos en los que interactúan de manera singular diversas variables.

“Trabajo hace muchos años como docente y la verdad es que es muy llamativo como en los últimos años ha aumentado la cantidad de chicos que vienen con diferentes patologías que les asigna el neurólogo o la psicopedagoga” Dice Roxana.

Según lo propuesto por Morales, nos encontramos ante un indicio de patologización. ¿Serán estas patologías una moda? ¿Son realmente los diagnósticos impuestos desde miradas objetivas, cuidadosas y fundamentadas?

No debemos dejar de tener en claro la importancia de tener en cuenta la incidencia que sobre un sujeto infantil en constitución, sumamente vulnerable a la mirada que sobre él tienen sus adultos más significativos y sus pares, puedan tener esos “diagnósticos etiqueta” que se le suelen abrochar junto a su nombre propio desde muy temprana edad.

•Conocimientos que poseen los docentes de las diferentes patologías que afectan el aprendizaje:

Al realizar las entrevistas a docentes de nivel primario nos sorprendió la coincidencia casi total (9 de 10 entrevistadas) al afirmar que las patologías las conocen con los chicos.

“A partir de que te toca un niño con tal dificultad una empieza a investigar por su cuenta para poder trabajar de una manera eficaz y que el chico también esté bien” Dice Viviana, docente de 4to año en una escuela privada de CABA.

Otra entrevistada comenta que “en el profesorado no se profundiza acerca de las patologías de aprendizaje, y muchas veces quedamos como sin recursos cuando nos toca trabajar con ellas”.

Cuando niños con patologías de aprendizaje llegan a las aulas la mayoría de los docentes desconocen cómo actuar, de qué manera enseñar y hasta cómo acercarse a ellos, y tampoco poder transmitirlo a los demás alumnos, más allá de la empatía que puedan demostrar y enseñar. Cuando se ven a sí mismos en la nada misma comienzan a informarse acerca de cómo accionar, esto puede conllevar un tiempo en el que el niño no recibe aquello que demanda como alumno.

Recordamos lo dicho por (Morales, 2015) en su libro “La infancia medicada” y la connotación negativa, no solo para el diagnosticado sino que además se puede generalizar a la sociedad, de aquellos diagnósticos mal especificados. Esta misma connotación puede darse cuando el docente no sabe específicamente qué debe hacer con un niño con determinadas características, cuando las estrategias de trabajo deben buscarse por su cuenta y cuando la información no es accesible y clara.

Pero al reflexionar sobre esto es inminente que la información debe correr desde la formación de los educadores, los mismos deben estar preparados de antemano para afrontar las diversas situaciones con las que se encontrarán en el camino. Es inminente que es necesario entonces reformular el trayecto de formación docente y la información que se brinda en este, poder actualizar también desde este lugar la visión para que aquel tan mencionado derecho, aquella tan apelada ley de inclusión se cumpla.

Debemos partir de las bases para poder promover situaciones de enseñanza / aprendizaje exitosas para todos los estudiantes y esas bases son justamente las situaciones de enseñanza que atraviesan los docentes para poder ejercer como educadores.

•Estrategias y herramientas que utilizan los docentes con los niños diagnosticados:

En este marco en el que los docentes no cuentan con una base teórica concreta que los sustente, las estrategias de trabajo se van construyendo con la práctica como afirma Roxana en su entrevista referida al tema “se hace camino al andar”.

Un apoyo importante con el que deberían contar los docentes en esta situación son las escuelas especiales y los equipos de orientación que cada escuela debería tener. Referidas a las escuelas especiales las docentes comentan que solo en algunos casos se trabaja en conjunto con ellas y que en estos casos se le designa al alumno una maestra integradora.

“El tema con la maestra integradora que se desprende de especial es que viene a la escuela una vez por semana a hacer algunas adecuaciones. En ese tiempo no puede adecuar todo el contenido y tampoco hacer un seguimiento personalizado del niño” Dice Marcela, docente de 2 año de una escuela estatal.

Por otro lado, los equipos de orientación de las escuelas cuentan con maestras de apoyo que les brindan ayuda tanto a alumnos que la necesitan como a los docentes en relación a cómo trabajar con ellos. Las escuelas cuentan con una maestra de apoyo para la totalidad de alumnos y muchas veces en el caso de las escuelas públicas la demanda es tanta que no se llega a cubrir todas las necesidades.

“Tenemos en la escuela una maestra de apoyo, con ella van al menos una vez a la semana, ya que se priorizan los niños de primer ciclo; y si bien ella está en horario completo, la escuela es muy grande y los casos son muchísimos”.

Una figura que aparece recurrentemente en las entrevistas es la del APND (Acompañante Personal No Docente) que son independientes de las escuelas especiales y de los equipos interdisciplinarios internos de las escuelas. Estos profesionales son especialistas en educación y salud, en su mayoría psicopedagogos, psicólogos, maestros de educación especial, que contratan las familias para que asistan a la escuela con el niño y lo acompañen y asistan. Según nuestras entrevistas el 80% de los alumnos con problemas de aprendizaje asisten a clases con su APND.

“Mi rol es el de APND para la parte “legal” pero en las escuelas privadas de CABA trabajamos como maestras integradoras, es decir, trabajo como pareja pedagógica de la docente y a partir de sus planificaciones adecuó todas las actividades para mi alumno. Así también diariamente lo acompaño y guío para que pueda desenvolverse en el ámbito escolar, tanto en lo pedagógico como en lo social.” Comenta Micaela, psicopedagoga que trabaja como maestra integradora en 4to año de una escuela privada de CABA.

“Tengo dos alumnos integrados en el aula, ellos vienen todos los días con sus maestras integradoras que se sientan al costado y con las que trabajan, los guían durante toda la jornada. Y con ellas nos juntamos de vez en cuando para ver lo de las adecuaciones.”

Una vez más vemos irregularidades en el sistema de integración, ya que figuras como las “APND” toman el lugar de maestras integradoras y realizan adecuaciones sobre los contenidos de sus alumnos, cuando en realidad esta práctica no formaría parte de su rol en la escuela. Una vez más notamos una falta de organización en este sentido en el que aun teniendo en cuenta el marco normativo, en la “realidad” existe desorganización y falta de control.

La educación inclusiva está avalada por la ley, pero la realidad muestra que aún hay una gestión pendiente en cuanto a ella. Las patologías que se conocen actualmente y la cantidad de niños con patologías de aprendizaje reclaman una revisión del sistema en este sentido ya que quizá este no está tan preparado como se cree.

•¿Qué piensan los profesionales de la salud?

De acuerdo a las entrevistas administradas a profesionales de la salud, que se encuentran en campo laboral directamente relacionado con la educación, notamos que hay recurrencias en cuanto a las ideas de “la toma de conciencia”, la “falta de información” y “el respeto”.

“Los alumnos con diagnósticos tempranos quedan muchas veces etiquetados por las patologías, y las mismas familias piensan en este diagnóstico como un destino

con el que lidiarán toda la vida” Comenta al respecto Samanta, especialista en discapacidad intelectual.

Pareciera ser que la mayoría de las veces las patologías llegan a la vida de los niños inscribiéndose de manera indeleble, sin margen o con uno muy pequeño a la posibilidad del cambio y el progreso. Podemos afirmar entonces, que aquello que señala Untoiglich (2013) respecto a la importancia de realizar hipótesis diagnósticas que oficien solo como una orientación para los profesionales y entendiendo que el devenir del niño debería ir transformándose en el tiempo no es puesto en práctica en la mayoría de los casos.

“Es importante trabajar con las familias y posicionarse desde un lugar que busque favorecer los procesos de enseñanza, aprendizaje y socialización” Menciona Carlos, Licenciado en trabajo social.

Si en el recorrido de la infancia del niño no se ofrecen estas oportunidades de modificación, entonces ese diagnóstico es tomado como algo que determina cruelmente el destino. Será una tarea de los profesionales tomar conciencia a la hora de diagnosticar y también a la hora de informar a las familias, pudiendo transmitir tranquilidad y la idea de que el proceso tiene como fin la transformación.

“Muchas veces las familias, y hasta a veces profesionales, buscan con los medicamentos atenuar las conductas disruptivas del día a día y reducen el tratamiento a eso. Esto no es tomar compromiso ni ser responsable, es tapar el síntoma.” Menciona Samanta.

En este sentido remitimos a lo comentado sobre el libro de Morales en cuanto a los efectos de los medicamentos mayormente administrados. Tales drogas, como el metilfenidato, no curan este tipo de patologías sino que atenúan sus síntomas mientras se mantiene el consumo.

Volvemos a dar cuenta de la responsabilidad de los adultos, tanto profesionales como padres en esta cuestión. Es importante tener en mente qué es lo que se quiere lograr a partir de la droga y si cada uno de los casos amerita la cantidad de efectos secundarios que pueden aparecer, ya que el hecho de usar una potente sustancia como medicación en niños de corta edad, parece obedecer más, como comentábamos anteriormente, a la sumisión de las necesidades del niño a las del mundo adulto, que a un tratamiento eficaz.

“Hay que ser cuidadosos, a veces los chicos quedan como sedados, hay un mercado atrás de los medicamentos y el uso de la medicación en muchos casos puede ser injustificada. La medicación siempre debería ser la última opción.” Comenta por último Samanta.

Que el uso de la medicación sea la última opción es una idea que debería ser trasladada a todos los profesionales que se ocupan de niños con este tipo de patologías. Entender que muchas veces no es necesario “tapar el síntoma” sino trabajar integralmente para poder desandar aquellos obstáculos que obturan el aprendizaje.

Administrar de manera desmedida y sin control puede ser un hincapié hacia la adicción de dichas sustancias. Como desarrollamos anteriormente el metilfenidato es de uso legal pero su capacidad adictiva se la considera de las más altas.

“Hay atrás una industria y un mercado muy grande que involucra hasta a los mismos profesionales con una publicidad muy fuerte. La patologización y la medicalización han crecido sobre cuestiones relativas a la crianza o a la vida cotidiana, sin abordaje integral.” Dice Carlos.

Luego del recorrido teórico y el análisis de este trabajo es evidente del mercado farmacéutico que se encuentra detrás de los procesos de medicalización, pero teniendo en cuenta el mismo es necesario poder mirar más allá y conocer cómo puede afectar este mercado a los niños, a su desarrollo y a su formación personal. Depositar todo el tratamiento en la base de una droga es una irresponsabilidad de parte de los profesionales de la salud. La salud de los niños no puede ser vendida a cambio de los mercados farmacéuticos.

Es indispensable el control de la salud a lo largo del tratamiento y a partir del análisis de la misma evaluar si vale la pena o no el intercambio de síntomas. Volvemos a poner el acento en que no es nuestro propósito demonizar los medicamentos pero sí el fanatismo innecesario que hace al fenómeno de la medicalización infantil.

9. CONCLUSIÓN

Concluimos este trabajo arribando a la afirmación de que la patologización en la infancia afecta directamente al proceso de aprendizaje del niño. Al obtener un diagnóstico, tanto el niño como sus familias comienzan un camino arduo que muy pocas veces termina siendo modificado ya que este sujeto, aún en formación, es ubicado desde el lugar de la falencia. Las dificultades se deben por un lado a las características correspondientes a cada patología, como la carencia en la socialización, pero además contribuyen a ella la falta de un entorno preparado y que impulse la superación.

El 5.33% de los niños escolarizados poseen un diagnóstico que afecta al aprendizaje, lo que representa a un promedio de dos alumnos por aula. Las patologías más comunes dentro de las aulas de Caba hoy en día son el Trastorno del Espectro Autista (TEA), Trastorno Déficit de Atención (TDA), Trastorno General del Desarrollo (TGD).

Los docentes, actores fundamentales en el desarrollo escolar no tienen información concreta desde su formación lo cual dificulta arduamente su tarea al encontrarse con alumnos diagnosticados. Ellos comienzan a informarse por su cuenta y buscan herramientas a medida que conocen al niño y a la patología. Es por eso que muchas veces las estrategias son escasas y sin fundamentos aunque provengan de la buena voluntad y predisposición.

En la actualidad la patologización infantil es más “normal” de lo que imaginamos. En las escuelas son numerosos los casos de niños diagnosticados con patologías que afectan al aprendizaje y lo primero que pensamos respecto al temaluego de haber realizado el presente trabajo es qué se busca cada vez que se afirma que un niño sufre de autismo, o asperger, o déficit de atención. Cada caso es particular, cada niño representa una historia en la que se forja su subjetividad y su camino, por lo que cada diagnóstico también es diferente y por consiguiente su finalidad también. Pero lo que sí tenemos claro es lo que se tiene que buscar, se debe buscar un punto de partida, una referencia para poder desde allí trabajar el movimiento que ofrezca una nueva posibilidad, un cambio. El diagnóstico debe poder modificarse, debe poder superarse, no debe etiquetar, no debe encasillar ni definir a un niño.

En este sentido, y enfrentando la cantidad de niños con un diagnóstico confirmado debemos llamar a la responsabilidad y ética de los profesionales, que con su firma pueden condenar el camino de una familia. La consecuencia de diagnosticar sin un proceso diagnóstico extenso y profundo, y sin la certeza de que este será para mejorar la calidad de vida de un niño no tiene sentido más que el de perjudicar la vida escolar y social del paciente.

El camino luego del diagnóstico para las familias es arduo, y en el sentido escolar muchas veces puede ser más complicado de lo que debería.

Se muestra una clara diferencia, luego del recorrido realizado, entre la gestión de las escuelas públicas a la de las escuelas privadas. Si la familia concurre para escolarizar al niño a una escuela pública este es recibido y la escuela en estos casos toma un rol muchas veces de “protectora”. Allí, los docentes juegan un papel fundamental, pero deben enfrentarse día a día con una multiplicidad de dilemas que trascienden las esferas de su propio compromiso y voluntad, quedando muchas veces sin herramientas que les permitan sobrellevar los mismos.

Si la familia decide comenzar su búsqueda de una institución educativa de gestión privada, muchas veces puede encontrarse con “piedras en el camino”. Estos establecimientos, en ocasiones, hacen frente a la normativa que avala la inclusión escolar y deciden no abrir sus puertas ante casos de patologización.

Es por ello que, retomando lo que al inicio indicábamos del marco legal, resulta imprescindible que el Estado no solo supervise la aplicación de la normativa, sino que a través de políticas concretas que se adecuen a lo que se obligó a cumplir al momento de firmar las Convenciones Internacionales en la materia.

Las políticas reclamadas al Estado no deben limitarse exclusivamente al sólido esquema normativo que ha receptado todos los Instrumentos internacionales de Derechos Humanos que protegen a este colectivo social, sino que debe apuntar también a generar proyectos que orienten y fomenten la integración real y concreta en la escuela actual, para que deje de ser en el mejor de los casos un mero formalismo. En este sentido, la capacitación a docentes y el brindar información a las familias parecen fundamentales.

Ante la realidad imperante de las familias que transitan este recorrido, nuestro consejo es que llegado el momento de iniciar la búsqueda de un colegio, los padres

busquen asesoramiento con los profesionales para ver las características que debe reunir el colegio del niño. Luego se puede concurrir a la DIGEP e indagar allí qué colegios pueden compatibilizar en la búsqueda. Por último, la visita a los colegios seleccionados. Si las familias están informadas, ante las negativas a aceptar las vacantes le queda abierta la vía administrativa ante la autoridad de aplicación y la vía judicial. La educación es un derecho constitucional, y la integración escolar es la herramienta necesaria para alcanzar que ese derecho beneficie a todos los habitantes del país, más allá de sus particularidades.

Desde el área psicopedagógica creemos que lo más importante siempre es tener en cuenta las singularidades. Fue nuestro punto de partida y creemos que es donde debemos terminar. Cada niño representa una familia, una historia, un recorrido y ninguno es igual al otro, por tanto ninguno necesita lo mismo que el otro. Poder analizar cada una de estas historias y pensarlas en lo singular nos llevará a un camino diferente para cada uno, aquel que este necesite y donde este encuentre la posibilidad.

Para que esto suceda será fundamental:

- Concientizar a los profesionales, desde su formación, acerca de las consecuencias que un diagnóstico pueda significar.
- Acompañar desde los equipos de orientación a los docentes en cuanto al trabajo con niños con NEE. Brindarles estrategias que les permitan adecuar los contenidos para que los mismos respondan a las necesidades específicas de cada alumno.
- Llevar a cabo una supervisión de la aplicación de la normativa, generar proyectos que orienten y fomenten la integración real y concreta en la escuela actual, para que deje de ser en el mejor de los casos un mero formalismo.
- Asesoramiento a las familias en cuanto a sus derechos y obligaciones en este proceso. Que los padres cuenten con el apoyo de los profesionales para ver las características que debe reunir el colegio adecuado para el niño.

BIBLIOGRAFIA

- Bauman, Z. (2000). *Modernidad Líquida*. Fondo de Cultura Económica. Recuperado el 06 de Mayo de 2019, de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/8643/1/Navarro%2c%20Silvina.pdf>)
- Dueñas, G. (2013). Importancia del abordaje clínico de los problemas de aprendizaje frente a la tendencia a medicalizar a las infancias y adolescencias actuales. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 31 – 54.
- Dueñas, G. (2016). *La patologización y medicalización de la infancia y los derechos de los niños en juego*. Recuperado el 02 de Mayo de 2019, de <https://creciendoconeco.wordpress.com/2016/02/04/gabriela-duenas-la-patologizacion-y-medicalizacion-de-la-infancia-y-los-derechos-de-los-ninos-en-juego/>
- Focault, M.(1977).*Historia de la medicalización*.Educación médica y salud * Vol. 11
- Janin, B. (2011). *El sufrimiento psíquico en los niños*. Buenos Aires: Noveduc.
- Levin, E. (2006). *¿Hacia una infancia virtual? La imagen corporal sin cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lopez Castilla, C. (2015). La medicalización de la infancia en salud mental: El caso paradigmático de los trastornos de atención. *Papeles del Psicólogo*, 36(3), 174-181.
- Míguez Passada, M. (2011).*La Sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- Morales, A. (2015). *La infancia medicada*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Untoiglich, G. (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz*. Buenos Aires: Noveduc.
- Untoiglich, G. (2014). Medicalización y patologización de la vida: Situación de las infancias en Latinoamérica. *Estudios sobre Educación, Presidente Prudente*, 25 (1), 20-38.
- Stolkiner, A.(2012). Infancia y medicalización en la era de “la salud perfecta”.*Propuesta Educativa*, 37, 28 a 38.
- Vasen, Juan. (2011). *Una epidemia de nombres impropios*. Buenos Aires: Noveduc