

UNIVERSIDAD NACIONAL DE  
ROSARIO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Trabajo Integrador Final

**Patologización y medicalización de la  
Infancia en el ámbito escolar: una  
investigación de campo**

Autora: Sosa, Juliana

Legajo: S-5116/1

Docente responsable: Cabrera Morales, Roberto

## Índice

Agradecimientos.....	2
Resumen y palabras clave.....	3
Tema y problema.....	4
Fundamentación del problema.....	5
Marco teórico.....	7
Infancia y subjetividad.....	7
Medicalización de la vida ayer y hoy.....	8
Patologización y medicalización de la infancia.....	10
Las representaciones sociales.....	13
Objetivos.....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos.....	14
Categorías de investigación.....	15
Metodología.....	16
Lógica de investigación.....	16
Tipo de investigación.....	16
Participantes.....	16
Estrategias de investigación.....	16
Análisis de los datos obtenidos.....	18
Porcentajes de respuestas.....	18
¿Qué tipo de sujetos niño son interpelados por los docentes?.....	21
Conductas que no responden a las expectativas, ¿patologizadas?.....	22
Diagnósticos: ¿fijos o dinámicos?.....	23
Psicofármacos: entre una posible solución y el exceso de prescripción.....	24
Causas atribuidas a los posibles trastornos.....	24
Conclusiones.....	26
Referencias bibliográficas.....	28

## **Agradecimientos**

A la Facultad de Psicología, por abrirme sus puertas y contribuir a mi crecimiento tanto personal como profesional en estos 6 años. También a los docentes que me acompañaron en este proceso, Roberto y Ana.

A mis amigas, que siempre estuvieron para festejar mis logros y me consolaron en los tropezones.

A mi familia, y sobre todo a mis padres por haberme apoyado desde el primer momento que decidí estudiar esta carrera y haberme acompañado incondicionalmente.

## **Resumen**

El presente proyecto abordó la problemática de la patologización y medicalización de la infancia, entendiendo este fenómeno como la atribución a las dificultades de la conducta y el aprendizaje causas de orden biológico y la patologización de las conductas que están por fuera de las expectativas de los adultos. Esto tiene como consecuencia la medicamentación, es decir, la prescripción de psicofármacos para mejorar el rendimiento y la conducta del niño. La lógica de investigación propuesta es la complejo/dialéctica, habiendo enmarcado el fenómeno a estudiar en su contexto socio-histórico, y realizado un breve desarrollo teórico del mismo. El objetivo general es la indagación de la patologización y medicalización de la infancia en el ámbito escolar a partir de las representaciones de los docentes. Para alcanzar este objetivo se propuso como estrategia de recolección de datos un cuestionario con escala Likert a docentes de dos escuelas primarias de la ciudad de Pergamino, Buenos Aires, Argentina. La administración del cuestionario se realizó vía online y en formato papel. La tabulación fue la misma para ambos, ya que eran idénticas en contenido. Las expectativas apuntaban a que los resultados concuerden con el supuesto, es decir, que el mencionado fenómeno existe en el ámbito escolar. Esto no fue comprobado en todos los aspectos, ya que una parte de las representaciones no posee la tendencia biologicista que se les atribuía.

### Palabras clave

Patologización y medicalización – Infancia – Diagnósticos – Representaciones – Subjetividad

## **Tema y problema**

### Tema

Patologización y medicalización de la infancia en los escenarios educativos actuales.

### Problema

El problema planteado en la presente investigación partió del supuesto de que en el ámbito escolar se presenta el fenómeno de la patologización y medicalización de la infancia, siendo este uno de tantos posibles escenarios en los que puede darse esta problemática. Considerando lo anteriormente mencionado, se propuso investigar en qué grado existe tal fenómeno, tomando como perspectiva las representaciones de los docentes en relación a la temática planteada, también exploradas y sometidas a análisis.

En coincidencia con Borsotti (2007) se considera que esta situación es problemática ya que se percibe como insatisfactoria, por lo tanto la indagación sobre el fenómeno permitió desnaturalizarlo. La etiqueta del diagnóstico y la medicación de la niñez ante conductas que se consideran disonantes están en contradicción con los valores y supuestos sostenidos, que se basan en la idea de que aquellos tienen efectos significativos en la subjetividad de ese niño o niña en continuo devenir: si se considera que la subjetividad en sí misma es un proceso dinámico, es decir en constante cambio, en la niñez es un proceso con un dinamismo más acentuado. Si los diagnósticos adquieren carácter de estaticidad, la identidad del niño en crecimiento se sustituye por una nueva: la etiqueta del diagnóstico.

## Fundamentación del problema

A través de los seis años de recorrido por la carrera de Psicología se tuvo la oportunidad de acceder a una amplitud considerable de teoría, estudiándola críticamente teniendo en cuenta el contexto socio-histórico actual. En consecuencia, se analizó y se continúan analizando diversos fenómenos y situaciones que se dan hoy día, dentro de los cuales se encuentra la patologización y medicalización de la infancia, problemática vigente que resultó interesante abordar. Con la progresiva profundización sobre la temática, se puede afirmar que la presente investigación posee relevancia social y académica, ya que existen numerosas investigaciones y publicaciones que han manifestado su preocupación por el aumento de los diagnósticos y la prescripción de psicofármacos a niños y niñas, no sólo en la República Argentina, sino también en el resto del mundo.

Por ejemplo, la CoNISMA (Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones), elaboró un acta en la que expone “una tendencia creciente a abordar problemáticas que surgen del ámbito escolar a partir de la realización de diagnósticos de salud mental en base a meros indicadores comportamentales, prescripción inadecuada de medicamentos e indicación inoportuna de certificación de discapacidad” (CoNISMA 2014, p.3).

Según el artículo “Medicalización y patologización de la vida: situación de las infancias en Latinoamérica” (Untoiglich, 2014) en Argentina fue registrado un aumento de un 900% en el consumo de metilfenidato entre 1994 y 2005, siendo la importación de la misma droga en 2007 de 47,91 kg, aumentando en 2008 a 81,75 kg. El metilfenidato es un psicoestimulante utilizado como un medio para construir un diagnóstico: los niños con alguna dificultad son medicados, diciéndole a sus padres que si hay mejorías en la conducta del niño, el mismo tiene una patología (Untoiglich, 2014).

En Uruguay, Miguez estableció mediante una investigación que alrededor del 30% de los niños que asisten a las escuelas que fueron relevadas se encuentran medicados (Untoiglich, 2016). En Chile, hubo un aumento de diagnósticos del 253% en el año 2012, luego de que el gobierno decidiera aumentar en un 196% el subsidio en aquellas escuelas que tengan alumnos diagnosticados con TDA-H (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad). En Brasil, el Sistema Único de Salud aumentó durante el 2012 la compra y distribución de Ritalina en un 54%, que también es conocida como la “droga de la obediencia” (Untoiglich, 2016).

Para que este exponencial aumento de diagnósticos y prescripciones se posibilite, Dueñas (2013) considera que el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) es un instrumento fundamental. En su primera publicación, que data de 1952, contaba con 106 trastornos. En 1994, ya siendo su cuarta revisión, el número aumentó a 357.

Sin embargo, la intervención de la medicina en ámbitos que exceden las enfermedades tiene antecedentes históricos que datan ya del SXVIII. Foucault (1996) plantea cuatro procesos que caracterizan la medicina del mencionado siglo, que pasa de ser clínica a ser social: la autoridad médica puede tomar decisiones relativas a las ciudades, las instituciones, entre otros; consecuentemente, los campos de intervención cambian (aire, agua, terrenos); el hospital aparece como institución de medicalización colectiva, dejando de ser sitio de asistencia a los pobres en espera de la muerte; y por último, comienzan los mecanismos de administración médica, como por ejemplo registro de datos, realización de estadísticas, etcétera.

Luego, con el advenimiento del sistema capitalista en el SXIX se socializó el cuerpo como objeto, con el propósito de establecer un control sobre él, de manera que fuera funcional a la productividad. Además, Foucault (1996) analiza el cambio en la organización familiar de ese siglo, en relación a la medicina y a la educación: la familia pasó a ser la restringida o conyugal, en la cual los padres tenían poder absoluto sobre sus hijos, encargándose de su vigilancia y control detallados y meticulosos, con decisiones, criterios e intervenciones que estén de acuerdo con las razones y saber médico. Que ese padre y esa madre, además de ser cercanos a sus hijos, sean diagnosticadores, terapeutas y agentes de

salud, pero subordinados a las intervenciones médicas (Foucault, 1974, en Terzaghi, 2011).

Con el surgimiento de la escuela se establecieron estándares educativos universales, lo que hizo que comenzaran a surgir las diferencias en la infancia. Aquellos niños que no se adecuaban a lo planteado, eran derivados a la medicina para su estudio. En las últimas décadas la institución escolar comenzó a ser cuestionada por las demandas que surgen de las nuevas infancias, que se ajustan cada vez menos a la construcción de “alumno ideal” hecha por el dispositivo educativo en la modernidad. Si a esto se le suma que los diagnósticos de la infancia se guían por los criterios nosográficos del DSM, el impacto en la institución escolar es muy fuerte, teniendo como consecuencia que, por ejemplo, se construyan cuestionarios para docentes con el propósito de definir algunos criterios diagnósticos (Terzaghi, 2011).

Por todo lo anteriormente expuesto, se considera que mediante la presente investigación se puede realizar una contribución al ámbito académico, con la posibilidad de seguir profundizando sobre la temática, dado que reviste un carácter totalmente actual. Además, diversos profesionales han manifestado la necesidad de intervención, con el propósito de poder prevenirla y ayudar a los niños de un modo alternativo sin establecer una etiqueta diagnóstica y su tratamiento con medicamentos.

## Marco teórico

### Desarrollo de los conceptos principales

#### Infancia y subjetividad

En la modernidad la infancia adquirió un status propio, diferenciándose así de la edad adulta. La niñez es atravesada por los sujetos en diferentes contextos socio-históricos, y dentro de ellos, cada niño la transita de una manera singular: se encuentra inmerso en una trama familiar, cultural y económica particular, haciendo que existan tránsitos múltiples; por lo tanto, es más adecuado hablar de las infancias, que de la infancia. Sin embargo, se pueden situar algunos procesos globales que las atraviesan (Carli, 1999). Las infancias se pueden pensar como una construcción social, adquiriendo rasgos característicos en una determinada sociedad. Dentro de este contexto es donde la subjetividad del niño se desplegará y se constituirá: Bleichmar (2005) ubica a la misma como un producto histórico, efecto de variables temporales, que a su vez son diferentes en cada cultura y mutan según los cambios histórico-políticos. A esto se le suma que las interpretaciones y percepciones que los adultos tienen sobre los niños están mediadas por su propio tránsito por la infancia, su memoria generacional. Carli sostiene que es importante considerar al niño como un sujeto en crecimiento, que se está constituyendo, que vive y se desarrolla en diversas condiciones.

La niñez debe ser entendida como un momento clave en el desarrollo del sujeto, marcado por cambios constantes, en el que se necesita de un otro que sea sostén, cuide y ayude a crecer, pensar, simbolizar. Es en este encuentro intersubjetivo donde confluyen lo dado, lo nuevo del contexto actual y lo inédito, que surge del mismo encuentro. Y en este marco es donde la subjetividad del niño se comenzará a constituir: según Bleichmar (2005), cada generación parte de ideas que brinda la generación anterior, y sobre estas es que va a sostener sus certezas (mediante la transmisión de la cultura, la tradición) y también sus interrogantes, a partir de los cuales generarán ideas nuevas.

Con la emergencia de la modernidad, la escuela “sustituyó el aprendizaje por medio de la educación, provocando el cese de la cohabitación de los niños con los adultos y el aprendizaje por contacto directo” (Carli, 1999, p.23). La obligatoriedad de la asistencia a la escuela influyó en la constitución de los niños como sujetos, ya que comenzaron a ser interpelados por distintos discursos, y comenzaron a verse como un colectivo, como una generación constitutiva de Argentina. A lo largo de la historia se fueron teniendo diferentes concepciones de las infancias, dependiendo de estas la interpelación a los sujetos niños desde el dispositivo pedagógico.

Sibilia (2012), retoma los desarrollos de Gilles Deleuze para hablar de un nuevo tipo de sociedad, que se caracteriza por tener una organización basada en el capitalismo, en la producción excesiva y en un gran consumo, sumado al marketing y la publicidad. Hay una búsqueda del aumento del rendimiento más allá de las capacidades con las que cuenta cada sujeto. Todo esto implica que el sujeto desarrolle ciertas competencias, que según las lógicas neoliberales, la escuela sería incapaz de inculcar: si desde esta lógica se apunta a una singularización explotando la propia creatividad, la homogeneización y normalización que caracteriza a la institución desde sus comienzos, sería contraproducente.

Tanto para adultos como para los niños, el hecho de no responder satisfactoriamente a estos estándares significa la exclusión. Entonces, así como los adultos deben lidiar con estas expectativas que la sociedad tiene de ellos, los niños también deben hacerlo. Lo que sucede es que el dispositivo pedagógico sigue interpelando sujetos (y subjetividades) que no coinciden con las que se pretenden hoy en día: las prácticas pedagógicas instituyen la conciencia como hegemónica por sobre la percepción, que debe ser borrada para obtener el correcto funcionamiento de la razón. La conciencia tiene como causa el interés, que sobre la subjetividad se manifiesta como reflexión, mientras que la percepción tiene como causa el estímulo, que en la subjetividad se manifiesta como

saturación. En la subjetividad contemporánea, del SXXI, la percepción es hegemónica por sobre la conciencia (Corea, 1999).

### Medicalización de la vida ayer y hoy

Es en este contexto en el que se presenta el fenómeno de la patologización y medicalización de la infancia; sin embargo, antes de desarrollarlo en profundidad, es necesario explorar dicho fenómeno a lo largo de la historia y en la actualidad.

Ya en el SXVIII la medicina avanzaba científicamente y comenzaba a intervenir en campos que excedían al de los enfermos y las enfermedades. Los médicos pasaron a tener autoridad social, y el hospital a ser una institución de medicalización colectiva. Foucault (1996) plantea cuatro grandes procesos que caracterizaron a la medicina de ese siglo: la ya mencionada autoridad social de los médicos y la modificación en las funciones del hospital, la expansión del campo de intervención (aire, agua, terrenos, desagües, etc.) y la introducción de mecanismos de administración médica tales como registros, establecimiento de estadísticas, etc., mecanismos que servían al control social. Este proceso tuvo como consecuencia que la disciplina ya no se regía por la demanda del paciente, sino que intervenía sin la necesidad de ella.

Con el advenimiento del sistema capitalista, se socializó el cuerpo, se lo tomó como objeto de intervención en tanto significaba fuerza de producción, fuerza laboral. Lo importante era lo biológico, por lo tanto el cuerpo era una realidad biopolítica y la medicina una estrategia biopolítica.

Sin embargo, el autor sitúa una característica de los SXVIII y XIX: si bien la medicina había ampliado su campo de intervención, seguía existiendo un exterior a ella, es decir, cosas que no parecían médicas y no eran medicalizables (higiene, prácticas corporales, moral de la sexualidad, alimentación, etc.). Lo preocupante es que en la actualidad, cuando se quiere recurrir a un territorio exterior a la medicina, este ya fue medicalizado.

Considerando lo anteriormente expuesto, se puede definir a la medicalización como “la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas” (Kishore, 2002, en Márquez y Meneu, 2007, p.65). Y para poder definir qué son entidades médicas, se debe llegar a un consenso relativo a las concepciones de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad.

En lo que respecta a la noción de enfermedad, Foucault la define como “aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado” (Foucault, 2008, en Affonso Moysés, Collares y Untoiglich, 2016, p.28). Un punto de vista interesante es el que proponen Márquez y Meneu (2007) al definir la “no enfermedad” como “un proceso o problema humano definido desde alguna instancia como una condición médica para el que se obtendrían mejores resultados si no fuera considerado y tratado así” y, por lo tanto, considerar que no todo sufrimiento es enfermedad. Para los autores, las enfermedades se definen cada vez más por síntomas o signos o por la posibilidad de padecer una enfermedad en el futuro.

Por otro lado, es válido el cuestionamiento sobre qué es lo que se considera normal y qué no, para que a partir de allí se puedan establecer límites e identificar cuándo han sido sobrepasados. Canguilhem define la normalidad como el promedio, una unificación de lo diverso. Estas categorías deben ser pensadas en un contexto socio-histórico determinados, con una ideología dominante (Canguilhem, 1943, en Affonso Moysés, Collares y Untoiglich, 2016). Si se considera que la medicina ya prácticamente no tiene campo exterior, y decide qué es enfermedad y qué es normal, sus funciones normalizadoras avanzan cada vez más y sin reparos.

Dado este fenómeno, Dueñas (2013) plantea que el concepto de biomedicalización parece más adecuado para dar cuenta de los nuevos procesos que se están atravesando: la biomedicalización implica el paso del control de la naturaleza al autocontrol y la transformación del sujeto y su entorno. Por otro lado, “la transformación de la medicalización en biomedicalización fue posible por la confluencia de diferentes

aspectos entre los cuales destacamos la masiva entrada del capital financiero en el sector salud y los reacomodamientos que el complejo médico industrial realizó para recuperar el liderazgo ante esta nueva situación. Estos procesos aumentaron exponencialmente la privatización del sector salud en manos de corporaciones nacionales o multinacionales [...] Estos procesos fueron favorecidos por la transformación de negocios que la industria farmacéutica desarrolló” (Iriart e Iglesias Ríos, 2012, en Dueñas, 2013, p. 28).

Este proceso de medicalización/biomedicalización tiene como consecuencia otros dos: la patologización de la vida y la medicamentación.

Moisés, Collares y Untoiglich (2016) plantean que la primera implica considerar aquellas características que son inherentes a los humanos como patológicas, como por ejemplo la tristeza, la timidez, la rebeldía, etcétera. Para que este fenómeno pueda tener lugar, se da el funcionamiento en conjunto de operaciones políticas, programas, estrategias, dispositivos e intervenciones específicas que producen que aquellas personas que no se ubican dentro de los estándares de normalidad establecidos por la sociedad actual se consideren como enfermos o potencialmente enfermos.

Los autores proponen cuatro pasos que finalizan con la instalación de la patologización en la salud mental: la búsqueda una causa unívoca y determinista; la predominancia de una concepción de normalidad fija; la nominación de aquello que le ocurre al sujeto, por lo que comienza a ser leído desde esa condición; y por lo tanto, toda la historia de ese sujeto va a encontrarse atravesada por la nominación impuesta

El DSM constituye una herramienta que influye en la nosografía y las clasificaciones a las que se remiten los saberes de la salud mental. La primera publicación fue en el año 1952, y con las posteriores revisiones la cantidad enfermedades descritas en el manual fue aumentando considerablemente; pero a partir de la publicación del DSM III en 1980 fue que se consolidó la visión de la salud mental basada en los síntomas. Los diagnósticos basados en el mismo carecían de la consideración de la historia particular, apoyándose en un conjunto de respuestas a escalas y cuestionarios (Bianchi, 2014). Este manual es criticado por múltiples razones, pero la principal es que constituye un proceso de etiquetado social, que hace que se adecúe la realidad social al cumplimiento de objetivos terapéuticos (Engelhardt, 1995, en Natella, 2010). Este etiquetado se produce por la cristalización de una supuesta “anormalidad” o “diferencia” como un “hecho científico”, tomando una perspectiva biologicista. Esto tiene como consecuencia que se sostenga que las personas no pueden hacer nada sobre su estado (Natella, 2010).

A esta expansión de los campos de intervención de la medicina y la apoyatura en el DSM para realizar diagnósticos y la patologización de la vida, se suma la medicamentación, es decir, el tratamiento con psicofármacos como respuesta preferente ante el proceso de medicalización (Faraone, Barcala, Torriceli, Bianchi y Tamburrino, 2010). La prescripción y el consumo de medicamentos y sustancias psicoactivas responden a la demanda de adaptación e integración social; a pesar del informe emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Estrategia sobre medicamentos: 2002-2003” en el que se sostiene la necesidad de controlar la prescripción y consumo de medicamentos, estos aparecen como un recurso para suprimir el malestar cada vez más poderoso (Natella, 2010).

La responsabilidad del exponencial aumento de este fenómeno depende de un conjunto de actores sociales, es decir, sujetos individuales o colectivos que tienen la capacidad de controlar los recursos de poder, influyendo de esa manera en los acontecimientos que integran la situación. Si bien ninguno puede controlar todas las variables por sí solo, se encuentra en un contexto y sistema relacional que le permite tener una influencia, y en este caso particular, para que se facilite y legitime la expansión de los fenómenos anteriormente desarrollados (Dueñas, 2013).

## Patologización y medicalización de la infancia

En las últimas décadas los fenómenos anteriormente desarrollados se extendieron al campo educativo, produciendo que tanto adolescentes como niños sean diagnosticados con distintos trastornos y tratados con psicotrópicos: Janin (2014) sostiene que así como los adultos se encuentran presionados por cumplir con las demandas de la sociedad, de igual manera sucede con los niños en la escuela, que cuando no pueden alcanzar las expectativas, su conducta se cataloga como patológica. De esta manera, en vez de aparecer preguntas aparecen diagnósticos que estigmatizan al niño, visualizándolo desde su déficit y no desde sus potencialidades.

Dueñas (2013) conceptualiza la patologización y medicalización de la educación sosteniendo que hay docentes con una tendencia biologicista, que atribuyen a las dificultades de aprendizaje y conducta causas de orden físico y médico, sin tener en cuenta otras dimensiones, como por ejemplo el contexto socio-histórico en el que se encuentra el niño; consideran al síntoma como aquello que debe ser silenciado, dejando por fuera lo psíquico. Consecuentemente con esto, los docentes esperan que luego del diagnóstico se le indique un tratamiento de administración de drogas psicoactivas, acompañado de programas que apunten a la modificación de las conductas consideradas conflictivas y/o patológicas. Se considera que lo anteriormente desarrollado se puede pensar desde una perspectiva “normalizadora”, en la cual se pretende que el niño se mantenga quieto en su banco, silencioso y acate todas las órdenes impartidas por el maestro.

En este punto, es interesante retomar el interrogante sobre qué es lo normal y qué no: esta categoría debería ser pensada dentro de un contexto histórico-político, social, cultural, e incluso tener en cuenta la ideología dominante. Si un niño se encuentra constantemente saturado por variados estímulos, la desatención sería un modo de relación con los mismos, ya que no hay sentido que quede libre, no hay más atención que prestar (Corea, 1999). Por lo tanto, el rango de “normalidad” de la conducta se puede pensar como dado por esta hiperestimulación, encontrándose en discordancia con la pretensión de la institución escolar de que el niño permanezca sentado y preste atención la mayor parte del tiempo.

La herramienta diagnóstica utilizada en la actualidad es el DSM, que no deja a ningún sujeto por fuera de sus clasificaciones. En la V versión del Manual se incluyeron nuevos trastornos, por ejemplo el Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (DMDD): serán diagnosticados aquellos niños que tres o más veces en la semana presenten episodios de berrinches o irritabilidad, por lo que con este nuevo trastorno dejarán de ser niños caprichosos, o padres con dificultades en la crianza, teniendo estas características o dificultades causas biológicas (Untoiglich, 2016).

Si se considera que actualmente hay una dificultad para lidiar con el malestar cotidiano, y que la medicina tiene un campo de intervención que va más allá de las enfermedades y de la demanda del enfermo, la patologización y medicamentación de la infancia es un terreno que cada vez es más fértil. Los diagnósticos deberían ser una orientación para los profesionales y no una etiqueta permanente: encontrándose los niños en proceso de maduración, el trabajo del profesional de la salud mental debe ser consecuente con ello y por lo tanto ir modificándose, posibilitando movimientos fundantes en esa subjetividad en progreso (Untoiglich, 2016).

Dueñas (2013) considera que, entonces, no debe tratarse como un trastorno, sino como una expresión de aquello que le sucede a un sujeto singular, en un particular momento de su vida, inmerso en un contexto específico.

Desde la perspectiva psicoanalítica, aportan a estas consideraciones los desarrollos de Emiliano Galende en relación al síntoma y al abuso de psicofármacos. Galende (2008) problematiza la noción de conflicto, planteando que no se lo debería reducir a aquello que debe ser resuelto, sino que el mismo contiene un lenguaje en el cual el sujeto habla, por lo que se abre la posibilidad de escucharlo y entenderlo. Para el autor, el psicofármaco actúa en la dirección contraria, callando el síntoma e impidiendo que el sujeto pueda ser

consciente de su realidad y actuar en función de ella. Esto se puede vincular a la concepción biologicista y reduccionista que tienen algunos docentes al considerar las problemáticas de la infancia en el proceso educativo: conductas que son consonantes con las nuevas subjetividades, son consideradas patológicas, y se apunta a un diagnóstico y a la administración de medicación para “solucionar” el problema, en vez de abrir las dimensiones del conflicto.

Para relacionar lo propuesto por Galende con lo que ocurre hoy día con las infancias, se puede pensar en lo que plantea Castorina (2002). Según él, entre los “trastornos” de conducta y/o aprendizaje y su contexto socio-histórico cultural, se presenta una escisión que tiende a desvincularlos, atribuyendo la causa de la dificultad a déficits de carácter biológico frente a los cuales se suministran paliativos bioquímicos, despojando de toda responsabilidad a las escuelas y a las familias. Es decir, desde este discurso se profundiza una brecha existente entre los aspectos cognitivos y afectivos que constituyen a los niños.

En este punto, resulta interesante tomar los desarrollos de Bloj (2007), quien propone una perspectiva preventiva a la hora de realizar un diagnóstico en un niño: construirlo en la institución. Que el mismo sea planteado desde un posicionamiento participativo integral, en el que se sitúen todos los integrantes de la institución como parte del proceso educacional, y que haya una participación activa del niño en la construcción diagnóstica. De esta forma, se está concibiendo al problema como inherente a la vida social, y no como un indicador de una patología o trastorno; además, se está tomando al diagnóstico como un ordenamiento simbólico, como una intervención en sí misma a partir de la cual se puede hacer hablar a los padres, al niño y a los docentes. Se plantea como cuestión fundamental dar lugar a la palabra del niño, que tenga la posibilidad de decir qué es lo que siente, lo que le pasa, para que así pueda ir trabajando y resolviendo esos conflictos, encontrando nuevas formas que impliquen menos sufrimiento (Janin, 2014).

Moisés y Collares (2016) exponen un cuadro de Breggin (1999) con los efectos adversos del Metilfenidato, psicofármaco utilizado para tratar niños con ADD-H. A pesar de que los efectos que se verán a continuación son múltiples (y preocupantes), “son escasos con relación a otras drogas, como las anfetaminas, usadas primeramente para tratar este cuadro, uno de los riesgos del uso indebido es que se produzca una adicción desde lo psicológico; que el niño asocie el rendimiento con ingesta de pastillas, y entonces piense que lo que hoy es aprobado por médicos, padres y docentes, es también válido el día de mañana para tomar alguna píldora o polvo que le ofrezcan en otros contextos [...] para mejorar su estado físico o mental” (Tallis en Dueñas, 2013, p. 91).

Reacciones adversas del Metilfenidato (MPH)						
Sistema Nervioso Central		Sistema Cardio-Vascular	Aparato Gastro-Intestinal	Sistema Endócrino-Metabólico	Otros	La retirada y rebote
Psicosis	Convulsión	Arritmia	Anorexia	Alteraciones	Visión borrosa	Insomnio
Alucinaciones	Aislamiento	Taquicardia	Náuseas	hipofisarias (GH y	Cefaleas	Depresión
Depresión	Insomnio	Palpitaciones	Vómitos	Prolactina)	Atontamiento	Agotamiento
Llanto fácil	Confusión	Hipertensión	Calambres	Retardo del	Rush cutáneo	vespertino
Ansiedad	Somnolencia	Dolor torácico	Dolor de	crecimiento	Anemia	Hiperactividad
Irritabilidad	Estereotipias	Paro cardíaco	estómago	Menor estatura	Leucopenia	Irritabilidad
Agitación	Compulsión		Constipación	final	Pérdida del	Empeoramiento
Hostilidad	Pérdida de		Diarrea	Pérdida de peso	cabello	de los síntomas
Suicidio	intereses		Boca seca	Alteraciones	Dermatitis	
Zombi-like	Tics		Gusto	funciones	Enuresis	
Facies	Discinesias		desagradable	sexuales	Fiebre	
anfetamina	Sínd. De Tourette		Alteraciones		inexplicada	
	Alteraciones		funciones		Artralgia	
	cognitivas		hepáticas		Mayor sudoración	

(Breggin en Moisés, Collares y Untoiglich, 2016, p. 144)

## Las representaciones sociales

Considerando que el objetivo de esta investigación es realizar un análisis de la patologización y medicalización de la infancia a partir de representaciones de docentes, se considera necesario desarrollar la noción de representación. La misma proviene de la Psicología Social, habiendo autores como Moscovisci, Jodelet y Herzlich que contribuyen sobre los aspectos socio-afectivos y cognitivos relativos a las concepciones docentes que dejan entrever sus modos de proceder (Dueñas, 2013). Jodelet conceptualiza las representaciones sociales como sistemas de referencia que permiten que los sujetos interpreten lo que les sucede, categorías para clasificar circunstancias, y cuando a todo esto se lo comprende dentro de la realidad concreta, las representaciones sociales son el conjunto de todo aquello. Además, son una forma de conocimiento social, una actividad desplegada con el fin de poder situarse en diversas situaciones y circunstancias en donde lo social interviene. (López Alonso y Stefani en Dueñas, 2013).

Moscovisci conceptualiza la representación social como un saber de sentido común que designa una forma del pensamiento social. Herzlich, por su parte, sostiene que la representación social implica una reproducción de las propiedades de un objeto, no exacta, sino más bien una construcción mental de aquel, influido por la actividad simbólica del sujeto (López Alonso y Stefani en Dueñas, 2013).

Teniendo en cuenta este universo abstracto que sobrecarga la percepción, Dueñas (2013) sostiene que en el caso de los docentes se puede pensar en relación a una “necesidad de control externo que tienen los maestros sobre sus alumnos”, según la cual estos deben demostrar que están atentos, a pesar de saber que la atención no necesariamente tiene que ser percibida por el docente. Con la derivación médica, lo que intentarían hacer es controlar aquello que perciben como desordenado, en función de la representación social que ellos tienen respecto de la atención.

Dueñas toma a Rodrigo, Rodríguez y Marrero para ubicar tres elementos de las representaciones sociales: el componente cognitivo (la información y el campo de representación), el afectivo (el significado que el sujeto le da al objeto representado) y la tendencia a la acción (cierta predisposición a responder de una determinada manera a una determinada circunstancia) (Rodrigo, Rodríguez y Marrero en Dueñas, 2013).

## **Objetivos**

### Objetivo general

- Indagar sobre la patologización y medicalización de la infancia en el ámbito escolar a partir de las representaciones de docentes de dos escuelas primarias privadas de la ciudad de Pergamino, Buenos Aires, Argentina.

### Objetivos específicos

- Identificar las representaciones que tienen los docentes tanto sobre los niños que presentan conductas no esperables en el aula, como sobre aquellos que ya fueron diagnosticados con algún trastorno de conducta o aprendizaje.
- Explorar las posiciones que tienen los docentes frente a los tratamientos con medicamentos en los niños que presentan trastornos de conducta o de aprendizaje.
- Indagar qué tipo de causas atribuyen los docentes a los trastornos de conducta o aprendizaje.

## **Categorías de investigación**

Patologización y medicalización

Infancia

Subjetividad

Representaciones

Escuela

## **Metodología**

### Lógica de investigación

La presente investigación se llevó a cabo desde una lógica complejo/dialéctica (Achilli, 2005), ya que se considera que el fenómeno investigado está en relación a un contexto socio-histórico determinado: cuando las tendencias neoliberales son formadoras de subjetividad, se esperan sujetos con máximo rendimiento, expectativas que se trasladan al ámbito escolar. Cuando los mismos no responden a estas expectativas y demandas, sus conductas se consideran patológicas. Además, el propósito fue poner en relación los niveles atravesados por esta problemática: en el nivel institucional, en relación a las representaciones que tienen los docentes acerca de la patologización y medicalización de la infancia; a nivel subjetivo, en el sentido de que el diagnóstico genera marcas en la subjetividad de los niños; y a nivel social, ya que se tiene en cuenta el contexto en el que se encuentran inmersos los actores de la comunidad educativa. De esta forma, se pudo realizar un análisis de los datos recolectados y generar nuevos conocimientos que aporten a la comunidad académica, utilizando estrategias que permitieron conocer las representaciones que tiene un sector de la sociedad (los docentes) sobre la problemática, dando lugar a nuevos interrogantes e investigaciones que puedan profundizar más sobre el tema.

### Tipo de investigación

Dado que es una problemática que surgió en el último tiempo, está en continuo desarrollo. El objetivo fue investigar sobre la patologización y medicalización de la infancia específicamente en dos escuelas primarias privadas de Pergamino, Buenos Aires, con un enfoque exploratorio-descriptivo.

Haber realizado la investigación desde el contexto particular planteado, implica según Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2008) una investigación exploratoria, que puede servir para ampliar los conocimientos que ya hay sobre la temática. Por otro lado, el corte descriptivo estuvo dado por la evaluación de los diversos aspectos, dimensiones, representaciones de la patologización y medicalización en la infancia. El propósito que se tuvo fue describir este fenómeno y las representaciones que los docentes tienen sobre el mismo, especificando las características y propiedades que poseen. (Hernández Sampieri et al., 2008)

Por otro lado, mediante el tipo de investigación planteado se pudieron analizar las representaciones, significaciones y sentidos que generan los docentes que son parte de las comunidades educativas a estudiar. (Achilli, 2005)

### Participantes

Los participantes que se seleccionaron para la presente investigación fueron docentes de escuelas primarias privadas de la ciudad de Pergamino.

La muestra fue de participantes voluntarios ya que se invitó a los docentes a participar, y lo hicieron aquellos que manifestaron interés en ello. (Hernández-Sampieri et al., 2008). La elección de la población fue hecha en base a las características de la investigación: indagar la patologización y medicalización de la infancia en escenarios educativos actuales, en un contexto determinado, con la intención de conocer particularmente cómo se manifiesta el fenómeno en las escuelas. Por lo tanto se delimitó un ámbito específico de investigación y análisis.

### Estrategias de investigación

Este apartado tiene como título el término estrategias, porque las mismas estuvieron particularizadas en el contexto teórico-metodológico elegido. Si bien la presente investigación tiene una lógica complejo/dialéctica, se utilizó una estrategia que

originalmente pertenece a investigaciones ortodoxo/disyuntivas (un cuestionario con escala de Lickert, y una pregunta abierta al final para dar la posibilidad de dar la opinión). Con el propósito de mejorarla y evitar la mayor cantidad de sesgos posibles se realizó una prueba piloto vía on-line, sometiendo preliminarmente el instrumento construido a diferentes docentes (Marradi, 2007). La administración para la investigación fue hecha en dos partes: 13 encuestados contestaron de manera online, y 10 la realizaron en formato papel.

La escala utilizada en el cuestionario sirve, originalmente, para medir las actitudes de una persona frente a un objeto (Hernández Sampieri et al., 2008). Habiendo sido la intención conocer las representaciones que los docentes tienen del fenómeno a estudiar en un contexto socio-histórico determinado, se consideró que el formato de esta escala fue un instrumento que permitió acercarse al objetivo, mediante la posición favorable o desfavorable de los participantes ante los enunciados propuestos, existiendo posiciones intermedias.

Esta escala consiste en una serie de juicios o afirmaciones, ante las cuales las personas tienen 5 categorías (desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo), debiendo elegir una de ellas. Por otro lado, se puede extender a preguntas y observaciones.

## **Análisis de los datos obtenidos**

Dado que los tiempos y la extensión del TIF permitida de acuerdo a las reglamentaciones vigentes fueron acotados, muchos aspectos del análisis merecen una posterior profundización, lo que requeriría la utilización de otras herramientas y una ampliación del marco teórico de referencia. Lo mismo sucede con los resultados: estos se encuentran parcialmente sesgados, ya que la única técnica de recolección de datos fue un cuestionario, lo que sólo aporta información en relación al discurso manifiesto. Cabe aclarar que la pregunta abierta, en la que se daba la posibilidad de dar una opinión o expresarse a partir de alguna afirmación, la gran mayoría no la contestó. Se suponía que a partir de estas respuestas se podría detectar algo del discurso latente, pero al haber expresado su opinión solo 5 docentes de 23, esta tarea fue casi imposible. Se considera que si bien la participación fue voluntaria, aquí se puede ver el poco interés que la misma despertaba, ya que si hubiera resultado interesante o hubieran leído las afirmaciones de manera crítica, alguna opinión o aclaración sobre ellas se podría haber manifestado.

Por otro lado, otra dificultad surgida en el proceso de investigación fue que no se llegaba a la cantidad óptima de respuestas para poder realizar un análisis, habiendo contestado sólo 13 docentes en el Google Forms; por ello, se decidió acudir a las escuelas con los cuestionarios en formato papel. Allí los completaron, y de esa manera se pudo contar con el número de respuestas al que se pensaba llegar.

El cuestionario posee afirmaciones que posibilitaron el análisis de cuestiones centrales: la patologización en las aulas, la medicamentación como solución, el etiquetado de los niños por medio de nomenclaturas diagnósticas, las causas que se le atribuyen a las patologías, y la representación que los docentes tienen acerca de cómo debe ser el ambiente ideal para enseñar-aprender.

En primer lugar, se expondrán los porcentajes de las respuestas en el cuestionario administrado a los Docentes, con el propósito de, en segundo lugar, realizar un análisis en profundidad de los puntos más relevantes.

### Porcentajes de respuestas.

1- Si un niño tiene excesiva inquietud motora, no presta atención en clases y molesta frecuentemente a sus compañeros, presenta indicadores de posible patología.

#### **Totalmente de acuerdo**

<b>De acuerdo</b>	17,4%
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	52,2%
<b>En desacuerdo</b>	30,4%

#### **Totalmente en desacuerdo**

2- Un niño que no llega a los objetivos pedagógicos planteados presenta un trastorno de aprendizaje.

#### **Totalmente de acuerdo**

<b>De acuerdo</b>	8,7%
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	13%
<b>En desacuerdo</b>	73,9%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	4,3%

3- En el caso de un niño que haya sido diagnosticado con TDA-H (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad) es necesario el tratamiento con medicamentos para mejorar su rendimiento escolar.

#### **Totalmente de acuerdo**

<b>De acuerdo</b>	13%
-------------------	-----

<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	43,5%
<b>En desacuerdo</b>	34,8%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	8,7%

4- Es alarmante el hecho de que los niños realicen las tareas asignadas por el docente de manera silenciosa y ordenada.

<b>Totalmente de acuerdo</b>	4,3%
<b>De acuerdo</b>	17,4%
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	39,1%
<b>En desacuerdo</b>	21,7%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	17,4%

5- Desde la institución debe recomendarse a los padres la tramitación del certificado de discapacidad en caso de que su hijo sea diagnosticado con algún trastorno (dislexia, TDA-H, retraso madurativo, etc.).

<b>Totalmente de acuerdo</b>	4,3%
<b>De acuerdo</b>	21,7%
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	43,5%
<b>En desacuerdo</b>	17,4%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	13%

6- Un niño diagnosticado con alguna patología debe ir a una escuela especial porque es más beneficioso y productivo para él.

<b>Totalmente de acuerdo</b>	
<b>De acuerdo</b>	8,7%
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	21,7%
<b>En desacuerdo</b>	60,9%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	8,7%

7- Todos los niños deberían realizar un test para la detección temprana de la dislexia: lleva aproximadamente 15 minutos realizarlo, y lo pueden hacer desde los 7 años.

<b>Totalmente de acuerdo</b>	26,1%
<b>De acuerdo</b>	52,2%
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	17,4%
<b>En desacuerdo</b>	
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	4,3%

8- Los diagnósticos deben ser revisados regularmente, con la posibilidad de ser modificados.

<b>Totalmente de acuerdo</b>	43,5%
<b>De acuerdo</b>	56,5%
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	
<b>En desacuerdo</b>	
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	

9- Un niño que manifiesta conductas que no se adaptan a lo esperable en el salón de clases es un reflejo de conflictos socio-ambientales.

**Totalmente de acuerdo**

<b>De acuerdo</b>	17,4%
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	52,2%
<b>En desacuerdo</b>	30,4%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	

10- Es fundamental que en una entrevista entre el docente, psicólogo, psicopedagogo y los padres del niño diagnosticado, se encuentre el niño presente.

**Totalmente de acuerdo**

**De acuerdo**

**Ni de acuerdo ni en desacuerdo**

<b>En desacuerdo</b>	82,6%
----------------------	-------

<b>Totalmente en desacuerdo</b>	17,4%
---------------------------------	-------

11- Es necesario que en las escuelas exista un gabinete con profesionales capacitados para realizar diagnósticos.

<b>Totalmente de acuerdo</b>	56,5%
------------------------------	-------

<b>De acuerdo</b>	30,4%
-------------------	-------

<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	4,3%
---------------------------------------	------

<b>En desacuerdo</b>	8,7%
----------------------	------

<b>Totalmente en desacuerdo</b>	
---------------------------------	--

12- Si el niño a menudo abandona su asiento en clase, habla en exceso y salta o corre en situaciones que son inapropiadas, es hiperactivo.

**Totalmente de acuerdo**

<b>De acuerdo</b>	13%
-------------------	-----

<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	65,2%
---------------------------------------	-------

<b>En desacuerdo</b>	17,4%
----------------------	-------

<b>Totalmente en desacuerdo</b>	4,3%
---------------------------------	------

13- El ambiente ideal para llevar adelante una clase es con niños que presten atención la mayor parte del tiempo.

<b>Totalmente de acuerdo</b>	8,7%
------------------------------	------

<b>De acuerdo</b>	47,8%
-------------------	-------

<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	34,8%
---------------------------------------	-------

<b>En desacuerdo</b>	8,7%
----------------------	------

<b>Totalmente en desacuerdo</b>	
---------------------------------	--

14- Si un niño prefiere jugar solo y no se integra demasiado al grupo, presenta signos de autismo.

**Totalmente de acuerdo**

**De acuerdo**

<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	26,1%
---------------------------------------	-------

<b>En desacuerdo</b>	56,5%
----------------------	-------

<b>Totalmente en desacuerdo</b>	17,4%
---------------------------------	-------

15- Las causas de los trastornos de conducta o aprendizaje que presentan los niños son de naturaleza exclusivamente neurológica.

**Totalmente de acuerdo**

**De acuerdo**

<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	26,1%
<b>En desacuerdo</b>	56,5%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	17,4%

16- En la mayoría de los cursos hay por lo menos un niño diagnosticado con algún trastorno del aprendizaje o de conducta y medicado por ello.

<b>Totalmente de acuerdo</b>	4,3%
<b>De acuerdo</b>	17,4%
<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	13%
<b>En desacuerdo</b>	47,8%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	17,4%

### ¿Qué tipo de sujetos niño son interpelados por los docentes?

Se pueden tomar como punto de partida del análisis aquellas afirmaciones que apuntaban a las expectativas que tienen los docentes acerca de las conductas de los niños en el aula. Esto se puede ver reflejado en dos afirmaciones (4 y 13): la 4 plantea que es alarmante el hecho de que los niños realicen las tareas asignadas por el docente de manera silenciosa y ordenada, y su opuesta, en la que se sostiene que el ambiente ideal para llevar adelante una clase es con niños que presten atención la mayor parte del tiempo.

Mientras que en la cuarta afirmación la mayoría de los docentes no estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo, o directamente en desacuerdo, en la 13 la mayoría estuvo de acuerdo, estando una gran parte de los restantes ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Para poder analizar estos puntos se debería tener en cuenta que a lo largo de la historia se fueron teniendo diferentes concepciones de las infancias, dependiendo de estas la interpelación a los sujetos niños desde el dispositivo pedagógico.

Sibilia (2012), retoma los desarrollos de Gilles Deleuze para hablar de un nuevo tipo de sociedad, que se caracteriza por tener una organización basada en el capitalismo, en la producción excesiva y en un gran consumo, sumado al marketing y la publicidad. Hay una búsqueda del aumento del rendimiento más allá de las capacidades con las que cuenta cada sujeto. Todo esto implica que el sujeto desarrolle ciertas competencias, que según las lógicas neoliberales, la escuela sería incapaz de inculcar: si desde esta lógica se apunta a una singularización explotando la propia creatividad, la homogeneización y normalización que caracteriza a la institución desde sus comienzos, sería contraproducente.

Tanto para adultos como para los niños, el hecho de no responder satisfactoriamente a estos estándares significa la exclusión. Entonces, así como los adultos deben lidiar con estas expectativas que la sociedad tiene de ellos, los niños también deben hacerlo. Lo que sucede es que el dispositivo pedagógico sigue interpelando sujetos (y subjetividades) que no coinciden con las que se pretenden hoy en día: las prácticas pedagógicas instituyen la conciencia como hegemónica por sobre la percepción, que debe ser borrada para obtener el correcto funcionamiento de la razón. La conciencia tiene como causa el interés, que sobre la subjetividad se manifiesta como reflexión, mientras que la percepción tiene como causa el estímulo, que en la subjetividad se manifiesta como saturación. En la subjetividad contemporánea, del SXXI, la percepción es hegemónica por sobre la conciencia (Corea, 1999). Por lo tanto, el sujeto niño interpelado por los docentes en el SXXI es el mismo interpelado por el dispositivo pedagógico tradicional. Sin embargo, de este punto se deben resaltar opiniones de dos docentes, que plantearon que “con respecto al clima ideal para dar clases, es importante que los niños presten atención pero también que pregunten, que duden y debatan entre ellos” y “las clases ejemplares donde están todos sentados y prestando atención no garantizan la aprehensión de

conocimientos y tendrían que alarmarnos más que alegrarnos". En este trabajo, es importante que haya docentes que tengan estas consideraciones, porque significaría que interpelan a las subjetividades actuales, apelando a las capacidades y potencialidades con las que cada niño cuenta para reflexionar y debatir sobre el aprendizaje cotidiano.

Además, el hecho de que las expectativas que se tienen de los alumnos es que trabajen de manera silenciosa y ordenada puede verse desde el punto de vista que plantea Dueñas (2013): estas expectativas se pueden pensar en relación a una "necesidad de control externo que tienen los maestros sobre sus alumnos", según la cual estos deben demostrar que están atentos, a pesar de saber que la atención no necesariamente tiene que ser percibida por el docente. Es decir, lo que se espera de la atención de los niños es su componente explícito, dejándose de lado las demás aristas, que pueden exteriorizarse por medio del debate entre ellos, por ejemplo.

### Conductas que no responden a las expectativas, ¿patologizadas?

Ahora bien, si se tiene en cuenta que la mayoría de los docentes esperan que los niños se mantengan en silencio y prestando atención la mayor parte del tiempo, ¿qué sucede con aquellos que no cumplen con estas expectativas?

Para responder a esta pregunta, se pueden tener en cuenta las afirmaciones 1, 2, 12 y 14, en las que el propósito era saber si los docentes califican como patológicas ciertas conductas que no se adaptan a lo esperable, teniendo en cuenta las subjetividades actuales y pensando que a partir de ellas deberían de establecerse los parámetros sobre aquello que es normal y aquello que no.

En las afirmaciones 1 y 12 la mayoría de los docentes no está ni de acuerdo ni en desacuerdo con ellas, habiendo un menor porcentaje dividido entre las demás respuestas. Vale aclarar que ambas describen comportamientos que no son coherentes con el que los docentes esperan de los niños en el aula: que se encuentren en silencio y prestando atención la mayor parte del tiempo. Esto podría significar que está la posibilidad de que estos docentes consideren ese tipo de conductas como patológicas ya que serían anormales, y luego realicen una derivación al gabinete de la escuela o les recomienden a los padres una consulta con un neurólogo o psiquiatra para que puedan realizar un diagnóstico. Las categorías normal/anormal deberían ser pensadas dentro de un contexto histórico-político, social, cultural, e incluso tener en cuenta la ideología dominante. Si un niño se encuentra constantemente saturado por variados estímulos, la desatención sería un modo de relación con los mismos, ya que no hay sentido que quede libre, no hay más atención que prestar (Corea, 1999). Por lo tanto, el rango de "normalidad" de la conducta se puede pensar cómo dado por esta hiperestimulación, encontrándose en discordancia con la pretensión de la institución escolar de que el niño permanezca sentado y preste atención la mayor parte del tiempo.

En las afirmaciones 2 y 14, la mayoría se pronunció en desacuerdo, lo que resulta contradictorio en comparación a los resultados de las dos anteriores, pero un signo positivo en lo que respecta a la patologización en las aulas: si un niño no llega a los objetivos pedagógicos planteados, no significa que presente un trastorno de aprendizaje, o que si prefiere jugar solo y no se integra al grupo, no sea indicador de autismo.

Vale aclarar la siguiente cuestión: no todos los niños que presentan conductas que se consideran anormales padecen una patología, pero en otros tantos casos puede que sí. Para poder discernir cuándo se trata de una posible patología o cuando no, la mayoría de los docentes estuvo de acuerdo con que en la escuela es necesaria la presencia de un gabinete con profesionales capacitados para diagnosticar. Uno de ellos sostuvo que "algunos diagnósticos deben ser dados por profesionales de la salud ya que las docentes no tenemos conocimientos sobre ciertos temas", lo que significaría que su función no sería diagnosticar a los niños, sino ser transmisores de conductas que serían llamativas dentro de sus marcos de referencia.

En el marco de la presente investigación, se considera de suma importancia que las representaciones inferidas a partir de las afirmaciones anteriormente mencionadas no

concuerdan en su totalidad con el supuesto del que partió el presente proyecto: que se presenta una patologización en el ámbito escolar estudiado. Esto significaría que los niños no se encuentran identificados por las etiquetas diagnósticas (nomenclaturas basadas en el DSM), que lo único que logran es, tal como lo plantea Janin (2012), que en vez de aparecer preguntas aparezcan diagnósticos que estigmatizan al niño, visualizándolo desde su déficit y no desde sus potencialidades.

### Diagnósticos: ¿fijos o dinámicos?

En lo que respecta a la tramitación de certificados de discapacidad, las respuestas a las afirmaciones fueron unas de las más heterogéneas del cuestionario: la mayoría de los docentes no se proclamó ni de acuerdo ni en desacuerdo (43,5%), dividiéndose la mitad restante entre los que estuvieron de acuerdo y los que no. Si se considera la mayoría mencionada, puede pensarse en que depende el caso, la tramitación del certificado puede ser o no favorable para el niño en función de los beneficios a los que puede acceder a través de él. Se considera que los certificados de discapacidad limitan la subjetividad en desarrollo a una condición específica. Para ser más claros: si un niño ingresa en una institución en la que los padres deben presentar el certificado (una escuela, institutos de enseñanza de idiomas, entre otros), podría ser signado por quienes estén a cargo de su enseñanza como un niño con TDA-H, dislexia, retraso madurativo o el trastorno que se le haya adjudicado. Se supone que esto tendría como consecuencia que ese sujeto en desarrollo sea mirado, tratado y considerado desde su déficit, y tal vez se descuiden aquellos aspectos de su subjetividad que pueden potenciarse y a partir de los cuales el niño tendría la posibilidad de desplegar su devenir subjetivo sin estar apegado o condicionado a su diagnóstico.

Sin embargo, cuando se afirma que un niño diagnosticado debe ir a una escuela especial porque es más beneficioso y productivo para él, la mayoría estuvo en desacuerdo, por lo que podría verse presente la idea de la no exclusión del aula de aquellos niños que son diagnosticados, tal como dice un docente: “es importante preparar a docentes que trabajen en aulas inclusivas... Atendiendo a chicos hiperactivos, vulnerables, problemáticos”.

Lo que es importante destacar en este marco, es que en la afirmación que asevera que los diagnósticos deben ser revisados regularmente con la posibilidad de ser modificados, la totalidad de los docentes que realizó el cuestionario se proclamó de acuerdo con ella, lo que significa que consideran que el diagnóstico no debería ser fijo: si se considera que la subjetividad en sí misma es un proceso dinámico, es decir en constante cambio, en la niñez es un proceso con un dinamismo más acentuado, lo que hace que muchos aspectos en el desarrollo sufran mutaciones con el paso del tiempo. Tal como plantea Untoiglich (2016), los diagnósticos deberían ser una orientación para los profesionales y no una etiqueta permanente: encontrándose los niños en proceso de maduración, el trabajo del profesional de la salud mental debe ser consecuente con ello y por lo tanto ir modificándose, posibilitando movimientos fundantes en esa subjetividad en progreso.

Para ampliar esta idea, se puede tomar a Bloj (2007), quien propone otra perspectiva a la hora de realizar un diagnóstico en un niño: construirlo en la institución. Que el mismo sea planteado desde un posicionamiento participativo integral, en el que se sitúen todos los integrantes de la institución como parte del proceso educacional, y que haya una participación activa del niño en la construcción diagnóstica. De esta forma, se está concibiendo al problema como inherente a la vida social, y no como un indicador de una patología o trastorno; además, se está tomando al diagnóstico como un ordenamiento simbólico, como una intervención en sí misma a partir de la cual se puede hacer hablar a los padres, al niño y a los docentes. Se plantea como cuestión fundamental dar lugar a la palabra del niño, que tenga la posibilidad de decir qué es lo que siente, lo que le pasa, para que así pueda ir trabajando y resolviendo esos conflictos, encontrando nuevas formas que impliquen menos sufrimiento (Janin, 2012).

En relación a esto, la totalidad de los docentes se manifestó en desacuerdo con la afirmación de que es fundamental que en una entrevista entre el docente, psicólogo, psicopedagogo y los padres del niño diagnosticado, se encuentre el niño presente: de este modo, la resolución del conflicto quedaría en manos de los adultos responsables del mismo, sin darle la posibilidad de expresión de lo que le está sucediendo, arribando a conclusiones que son una inferencia de las conductas que el niño tiene en clases.

Por otro lado, casi el 80% de los docentes manifestó estar de acuerdo con que todos los niños deberían realizar un test para la detección temprana de la dislexia, pudiéndolo hacer desde los 7 años. Esta cifra es por demás llamativa, ya que si bien para la mayoría las causas de los trastornos no son de origen neurológico, con esta respuesta limitan la detección de la dislexia a un test, lo que la reduce a un trastorno cognitivo. Considerando esto, no existiría una reflexión de otros factores que pueden estar generando que ese niño presente las dificultades que presenta, y si en otras afirmaciones los docentes habían tenido registro de la subjetividad de los niños, en esta la misma se desdibuja.

La generalización que produce el test deja de lado una cuestión principal: los tiempos de aprendizaje de cada sujeto, que claramente varían de un niño a otro. A los 7 años los niños se encuentran transitando el primer año de la primaria o el segundo; no todos ingresan sabiendo escribir y leer, por lo que cada uno se adaptará al proceso educativo de manera particular, en lo cual se encuentra implícito que puedan presentar dificultades. Además, con la realización de este test se excluyen los aspectos emocionales, históricos, subjetivos y contextuales del niño que lo hace: que el resultado sea que tiene un 80% de probabilidades de padecer dislexia sólo dice que respondió de manera incorrecta a los ejercicios planteados, reduciéndose el por qué a una cuestión puramente cognitiva. La posibilidad de que ese niño responda mal porque está atravesando situaciones conflictivas en su hogar o en otros contextos en los que está inmerso, o simplemente porque sus tiempos de aprendizaje no concuerdan con el que se supone debe tener para el test, queda totalmente por fuera del panorama.

#### Psicofármacos: entre una posible solución y el exceso de prescripción.

¿La medicamentación es considerada por los docentes como una solución? La mayoría de ellos no estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo con la afirmación de que el tratamiento con psicofármacos es necesario para mejorar el rendimiento escolar, lo que nuevamente deja abierta la posibilidad a la consideración de que la medicamentación de los niños diagnosticados sea una solución para el “problema” que genera su conducta en el aula y su bajo rendimiento académico. Como plantea Galende (2008) no se debería reducir la noción de conflicto a aquello que debe ser resuelto, sino que el mismo contiene un lenguaje en el cual el sujeto habla, por lo que se abre la posibilidad de escucharlo y entenderlo. Para el autor, el psicofármaco actúa en la dirección contraria, callando el síntoma e impidiendo que el sujeto pueda ser consciente de su realidad y actuar en función de ella. Sin embargo, casi la otra mitad de los docentes se proclamó en desacuerdo con esta afirmación. Uno de ellos planteó que “la última instancia es medicar a un niño. Se puede abordar cualquier problemática con un gabinete responsable”.

#### Causas atribuidas a los posibles trastornos

Dueñas (2013) conceptualiza la patologización y medicalización de la educación sosteniendo que hay docentes con una tendencia biologicista, que atribuyen a las dificultades de aprendizaje y conducta causas de orden físico y médico, sin tener en cuenta otras dimensiones, como por ejemplo el contexto socio-histórico en el que se encuentra el niño. A la posibilidad de rastrear esta tendencia es que apuntaban las afirmaciones 9 y 15, planteando una que un niño que manifiesta conductas que no se adaptan a lo esperable es un reflejo de conflictos socio-ambientales, y la otra que la causa de los trastornos de conducta o aprendizaje son de naturaleza exclusivamente biológica.

La mayoría de los docentes se manifestó ni de acuerdo ni en desacuerdo con la afirmación sobre las causas referentes al contexto del niño, mientras que en lo que respecta a las causas de orden biológico, sorpresivamente se manifestaron en desacuerdo. De esto podría inferirse que la representación que tienen acerca de la raíz de los trastornos es que no es de naturaleza neurológica, pero cuando se presenta una afirmación opuesta, no se manifestaron tan seguros, habiendo una minoría que estuvo en desacuerdo (afirmación 7) y de acuerdo (afirmación 4). Uno de los docentes sí manifestó una postura clara respecto de las causas, afirmando que “lo familiar juega un papel fundamental para comprender y conocer a ese niño y su conducta. En la mayoría de los casos las causas no son de origen neurológico sino emocional y de índole familiar.”

## Conclusiones

En el presente proyecto se partió del supuesto de que en las escuelas a estudiar existiría una marcada patologización y medicalización de la infancia, y que esto se reflejaría en las respuestas del cuestionario administrado a los docentes.

En los resultados se presentaron aspectos positivos respecto a los supuestos que se sostenían, ya que si bien en algunas respuestas se pueden observar vestigios de patologización por parte de los docentes, en general las representaciones no poseen la tendencia biologicista que se les atribuía en un principio. No puede concluirse lo mismo con la medicamentación, ya que la mayoría no se manifestó ni a favor ni en contra de la administración de psicofármacos para mejorar el rendimiento, lo que puede considerarse como contradictorio en relación a la patologización: las causas de los trastornos no son de naturaleza exclusivamente neurológica, pero el hecho de que no haya habido un posicionamiento claro respecto de la medicamentación podría significar que la posibilidad de medicar al niño está presente (si no hay causa neurológica, ¿por qué considerar siquiera la medicación?).

Por otro lado, en lo que concierne a los sujetos interpelados por los docentes y las expectativas que tienen de aquellos, se puede concluir que ambos son escasamente coherentes con las subjetividades actuales. Se espera que los niños mantengan una determinada conducta dentro del aula que corresponde a la esperable por el dispositivo pedagógico moderno, sin considerar que en la actualidad la subjetividad de los niños se desarrolla por fuera de la escuela con parámetros distintos, siendo interpelados como sujetos de consumo, apuntando a la competencia y desarrollo de potencialidades individuales, sometidos a múltiples estimulaciones que parten de los dispositivos tecnológicos tales como la televisión, los videojuegos, el celular, entre otros.

Las conclusiones pueden considerarse alentadoras, ya que en las escuelas estudiadas el fenómeno de la patologización y medicalización de la infancia pareciera no estar tan presente, siendo la totalidad de los docentes que participaron del estudio conscientes de que los diagnósticos deberían ser revisados, con el propósito de no atribuir a los niños etiquetas diagnósticas definitivas que determinen su subjetividad. Sin embargo, quizá si se tuviera la posibilidad de explorar y estudiar el discurso latente, se considera que estas conclusiones se modificarían. En este punto, una limitación de la investigación fue la herramienta elegida, ya que se pudieron inferir las representaciones de los docentes participantes pero de manera parcial ya que, como se mencionó anteriormente, el cuestionario proporcionó información acerca del discurso manifiesto.

En relación a esto último, esta investigación se hubiera podido ver enriquecida con una profundización aún mayor del análisis de los datos mediante la utilización de otras técnicas, como por ejemplo una entrevista grupal, y una ampliación del marco teórico.

Con respecto a la administración del cuestionario, hubo 13 docentes que contestaron de manera online, y 10 en formato papel. Aquí vale preguntarse por qué no respondieron de manera online y sí lo hicieron en papel, siendo que por Internet es una forma mucho más rápida y accesible, además de que no se puede saber de ninguna manera quién contestó a cada cuestionario, y teniendo la posibilidad de dejar de responderlo en caso de no estar de acuerdo. Se hipotetiza que tal vez se sintieron muy observados o juzgados, ya que las afirmaciones son rigurosas e inflexibles, es decir, no se pueden observar en ellas términos medios en lo que concierne a lo que se pretende saber.

También se considera pertinente la interrogación acerca de por qué hubo respuestas que mantuvieron un posicionamiento neutral. Teniendo en cuenta que estas afirmaciones apuntaban a la posibilidad de inferir representaciones a partir de aseveraciones específicas, surge el siguiente interrogante: ¿Por qué con algunas de ellas tomaron un posicionamiento determinado, pero con las otras no lo hicieron? Uno de los docentes aclaró que “alguna de las respuestas dadas como dudosas, es en algunos casos producto de mi falta de conocimiento para opinar del tema”.

Las preguntas son la 1, 3, 5, 9 y 12. En comparación con otras respuestas, podría deducirse que el hecho de no manifestar un posicionamiento claro es porque la tendencia

es a patologizar. No se encuentran de acuerdo ni en desacuerdo cuando se afirma que las conductas que están por fuera de las expectativas son indicadores de patología, que la tramitación del certificado de discapacidad debe ser recomendada por la institución y que la causa de los trastornos de conducta o aprendizaje es un reflejo de conflictos socio-ambientales.

En contraposición a esto, consideran necesario que exista un gabinete que esté capacitado para diagnosticar (claramente, por medio de la derivación de los docentes a partir de conductas o dificultades que les resultan llamativas) y que todos los niños realicen un test de detección temprana de la dislexia. A su vez, la gran mayoría se encuentra en desacuerdo con que las causas de los trastornos son de naturaleza exclusivamente neurológica (afirmación 15), por lo que podría pensarse que afirmarían que la raíz de aquellos se encuentra en conflictos socio-ambientales. Sin embargo, en esta afirmación la mayoría no tomó posicionamiento, lo que podría abrir la posibilidad de un cuestionamiento y revisión a la pregunta 15, y a partir de allí comenzar a dilucidar el discurso latente en las afirmaciones 1, 3, 5, 9 y 12.

No obstante, el proceso de investigación resultó sumamente enriquecedor, ya que se pudieron analizar de manera fructífera los resultados del cuestionario administrado, implicando los marcos teóricos de referencia elegidos y contrastando con los supuestos y valoraciones personales, lo que significó un proceso de aprendizaje más y la incorporación de nuevos conocimientos.

## Referencias bibliográficas

- Achilli, E. (2005). *Investigar en Antropología Social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Rosario, Argentina: Laborde Editor.
- Affonso, M. A., Collares, C. y Untoiglich, G. (2016). "La maquinaria medicalizadora y patologizadora en la infancia". En G. Untoiglich (Ed.), *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz* (pp. 25-45). Buenos Aires, Argentina: Noveduc.
- Bianchi, M. E. (2014). Todo tiene un principio... Y el principio fue el DSM-III. El desbloqueo epistemológico y tecnológico de la psiquiatría biológica estadounidense. *Revista Culturas Psi 2*, 87-114.
- Bleichmar, S. (2005). *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires, Argentina: Topía
- Bloj, A. (2007). Aspectos técnicos del diagnóstico en la escuela. Un enfoque preventivo. En A. Bloj y C. Bixio (Comp) *Libro Virtual de la Cátedra Psicología Educativa II*. Rosario, Argentina: Psicología Educativa II, UNR.
- Borsotti, C. A. (2007). La situación problemática. En C. A. Borsotti (Ed), *Temas de metodología de la investigación en Ciencias Sociales empíricas* (pp. 29-43). Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila.
- Carli, S. (1999). La infancia como construcción social. En S. Carli (Comp) *De la familia a la escuela. Infancia, socialización y subjetividad*. Buenos Aires, Argentina: Santillana
- Castorina, J. A. (2002). El impacto de la filosofía de la escisión en la psicología del desarrollo cognoscitivo. *Revista Psykhe*, 11 (1), 15-27.
- Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (2014). *Niños, Niñas y Adolescentes: Salud Mental y enfoque de Derechos* (Anexo I, Acta CoNISMA 12/14). Recuperado de [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/041\\_educacional2/material/descargas/pautas\\_conisma.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/041_educacional2/material/descargas/pautas_conisma.pdf)
- Corea, C. (03/07/1999). ADD: ¿Un rasgo de la subjetividad instituida? *Jornadas de niños y adolescentes*. Conferencia llevada a cabo en la Escuela de Psicoterapia para Graduados. Buenos Aires, Argentina.
- Dueñas, G. (2013). Patologización en la educación. Intervenciones subjetivantes sobre las problemáticas con las que nos interpelan hoy las infancias y adolescencias en las escuelas. *Revista Actualidad Psicológica*.
- Dueñas, G. (2013). *Niños en peligro. La escuela no es un hospital*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.
- Faraone, S., Barcala, A., Torricelli, F., Bianchi, M. E. y 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 – Comunicação Saúde Educação* 14 (34) 485-497.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Altamira.

- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2008). *Metodología de la investigación*. México: McGrawHill.
- Janin, B. (2014). La patologización y medicalización de la infancia. "Malestar de la infancia ¿aumento de la psicopatología en el S XXI?". Conferencia llevada a cabo en las XIII Jornada de ASMI, Valencia, España.
- Sibilia, P. (2012). *¿Redes o paredes?: la escuela en tiempos de dispersión*. Buenos Aires, Argentina: Tinta Fresca.
- Márquez, S. y Meneu, R. (2007). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Eikasia. Revista de filosofía* 2 (8), 65-86.
- Marradi, A. (2007). Conceptos de objeto y de unidades de análisis. Población y muestra. En A. Marradi, N. Archenti y J. I. Piovani (Eds), *Metodología de las ciencias sociales* (pp. 87-95). Buenos Aires, Argentina: Emecé.
- Natella, G. (2010). "La creciente medicalización contemporánea". En A. Cannellotto y E. Luchtemberg (Coord.) *Medicalización y sociedad* (pp. 17-48). Buenos Aires, Argentina: UNSAM Edita.
- Sibilia, P. (2012). *¿Redes o paredes?: la escuela en tiempos de dispersión*. Buenos Aires, Argentina: Tinta Fresca.
- Terzaghi, M. (2011). "Diagnósticos en la infancia: entre médicos y maestros. El fenómeno de la patologización y medicalización de la infancia". En L. Benasayag y G. Dueñas (comp.), *Invencción de enfermedades. Traición a la salud y la educación* (pp. 105-121) Buenos Aires, Argentina: Noveduc.
- Untoiglich, G. (2014). Medicalización y patologización de la vida: situación de las infancias en Latinoamérica. *Revista da Faculdade de Ciências e Tecnologia (UNESP)* 1 (25), 20-38.