



Incidencia de la patologización y medicalización en saberes, actitudes y estrategias docentes frente a infancias

Chiavazza, Aldana Agustina¹ y Pintarelli, Agustín.¹

¹ Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Psicología. Córdoba, Argentina.

Palabras claves

PATOLOGIZACIÓN
MEDICALIZACIÓN
INFANCIAS
DOCENTES

Resumen

El proceso patologizador y medicalizador de las Infancias se concretizaría en la práctica diagnóstica y la consecuente farmacologización de aquel sujeto al que se le adjudica el cuadro estipulado. Este diagnóstico generaría cambios en la percepción, el trato y las expectativas que el contexto relacional tendría hacia este/esta niño/niña. Es a partir de esto y de la consideración de la importancia del rol y del papel docente en el devenir infantil que se torna pertinente ahondar en las actitudes que las y los enseñantes poseen con respecto a aquellos niños y aquellas niñas que se ven afectados por las lógicas patologizadoras y medicalizadoras ligadas a esta praxis diagnóstica, y como estas a la vez inciden en las elecciones estratégicas que estos y estas profesionales ponen en marcha en el escenario áulico. A partir de entrevistas semidirigidas y de un análisis interpretativo de los datos obtenidos se concluyó en que el colectivo docente objeto de investigación compartía actitudes de Ambivalencia y Responsabilidad Social frente a sus estudiantes diagnosticados/as, las cuales predominantemente se materializaban en acciones basadas en la focalización y personalización del trabajo para con estos/estas y el abogamiento del accionar de los profesionales de la salud.

Contacto

aachiavazza@hotmail.com



1. Introducción

Un fenómeno que aqueja a las Infancias en la actualidad es la Patologización y la consecuente Medicalización a temprana edad, afectando no sólo aspectos orgánicos sino también atentando los procesos de constitución subjetiva que permiten a los individuos devenir en sujetos singulares presentando características propias según las edades y los contextos.

La Medicalización se hace posible a partir de las lógicas de la Patologización del vivenciar cotidiano de los sujetos sobre quienes impactan las características sociales de la realidad postmoderna, como lo es la priorización de la homogeneidad sobre la presencia y expresión de alteridad o diversidad con respecto a una norma consensuada a partir de valores como el éxito o la eficacia.

Los discursos que caracterizan a la sociedad actual se construyen y son compartidos por la multiplicidad de actores que conforman y transitan las instituciones; la permanente interacción y los consecuentes intercambios que ocurran entre estos dentro del escenario institucional posibilitan la construcción colectiva desde donde se interpretará cualquier emergente que allí ocurra.

Una institución que incide sobre la constitución subjetiva es la escolar, la cual no solo responde a objetivos pedagógicos y disciplinares, sino que su accionar sigue estando definido por propósitos normalizantes que fueron los pilares fundantes de su función en la sociedad en otros tiempos, otros contextos, otras demandas.

La escuela se convierte en el espacio donde los/las estudiantes transcurren la mayor parte del tiempo; es entonces por excelencia la escena propicia para la visibilización de las problemáticas desprendidas de sus vivenciales subjetivos. En este escenario, el/la docente como actor institucional y como representante de la edad adulta que acompañará el progreso pedagógico de los estudiantes, se encuentra en una posición predilecta que le permitirá conocer en profundidad la subjetividad de cada uno/a de ellos y ellas para consecuentemente implementar estrategias pedagógicas que se adecuen a la particularidad. Es en la elección ejercida donde el/la docente se convierte en un facilitador o una barrera hacia la participación plena y efectiva de sus estudiantes. En el momento en el que las problemáticas individuales de los niños y/o niñas empiezan a traspasar la capacidad docente para afrontarlas, la práctica diagnóstica aparece como respuesta para nominar aquello que se aleja de lo esperable y de la norma, minimizando las ansiedades que la alteridad introduce en el espacio educativo.

Esto establece el terreno para que la disciplina médica ingrese sin consideraciones en el ámbito escolar, provocando la banalización de diagnósticos y la posterior utilización de psicofármacos con el objetivo final de encauzar la conducta del niño y/o niña hacia las expectativas que la familia, la escuela y la sociedad adulta consideran necesarias para el logro del éxito.



Consecuentemente, los/las docentes y las actitudes que posean determinadas por el discurso social e institucional, se demuestran como un factor clave en el engranaje educativo y determinante en el establecimiento de un cambio de paradigma que apele a la aceptación de la diversidad y alteridad inherente a los estudiantes o, en caso contrario, a la continuidad de una realidad que apela al diagnóstico cada vez que se considera que un niño y/o niña no satisface las exigencias homogéneas de la institución, reafirmando la expansión del proceso de la Patologización y la Medicalización de las Infancias.

2. Aspectos Metodológicos

La presente investigación se llevó a cabo a partir de un estudio no experimental de tipo descriptivo exploratorio de corte transversal y se fundamentó a partir del paradigma cualitativo.

La unidad de análisis fueron 29 Docentes de Escuelas Primarias Públicas de 1° a 6° grado, 7 de Ramos Especiales y de Jornada Extendida, correspondientes al turno mañana y al turno tarde del Centro Educativo José Ingenieros y al turno mañana de la Escuela Agustín Álvarez, ambas instituciones ubicadas en la ciudad de Villa María, Córdoba, Argentina.

La muestra seleccionada fue de tipo no probabilística de carácter intencional al haber sido los sujetos entrevistados seleccionados por criterios previos acordados por el equipo investigador.

La entrevista semidirigida fue el instrumento de elección para la instancia de recolección de datos y las preguntas que la conformaron fueron operacionalizadas a partir de tres categorías de análisis desprendidas de los objetivos específicos y asociadas a interrogaciones específicas, a saber:

- **Saberes docentes:** Conjunto de conocimientos adquiridos, procesados y asimilados a partir de la experiencia subjetiva y colectiva, situadas e influidas por los discursos sociales con respeto a ciertos fenómenos como el de la Patologización y la Medicalización.
- **Actitudes docentes:** Entendidas como la posición que adopta un/una docente frente a la presencia del fenómeno de la Patologización y la Medicalización que en la actualidad inciden en las Infancias en edad escolar. Dichas actitudes fueron abordadas a partir de dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales y categorizadas en actitudes de Ambivalencia, de Optimismo Empírico, de Rechazo, de Responsabilidad Social y de Escepticismo.
- **Estrategias Docentes:** Conjunto de acciones elaboradas por él y la docente a partir de la lectura del dinamismo áulico, con el fin de ser aplicadas a posteriori para concretar lo que éste/ésta considera como posible solución a aquellos emergentes que la diagnosis infantil convoca en el aula.

Por último, con el fin de resolver el objetivo general y los objetivos específicos de la presente investigación, se realizó a partir de la operacionalización de los datos un análisis descriptivo e



interpretativo que relacionó y contrastó los saberes, actitudes y estrategias docentes para posteriormente realizar una lectura a partir de los años de experiencia y el ciclo lectivo correspondiente de cada uno de los y las docentes entrevistados/as, lo que dio lugar a las conclusiones y consideraciones finales.

3. Resultados

1. Saberes docentes con respecto al fenómeno de la Medicalización y la Patologización

Es menester establecer que a fines interpretativos y a partir de las respuestas obtenidas se eligió relacionar la noción de saber docente con la dimensión cognitiva de las actitudes (ideas, creencias o percepciones sobre un objeto actitudinal específico). Se optó por preguntarles con respecto a lo que comprendían sobre la Patologización y la Medicalización y sus respuestas fueron organizadas en función de cuan favorecedoras o desfavorecedoras resultaban ser para la concretización del fenómeno.

Patologización

En una primera instancia se les preguntó con respecto a la Patologización, considerada como un proceso que lleva a concebir como mórbidas las particularidades de los sujetos implicando un conjunto de operaciones políticas, programas, estrategias y dispositivos, como así también intervenciones puntuales y campos argumentales cuyos efectos llevan a concebir como enfermo o anormal a aquellos sujetos que quedan afuera de los criterios de normalidad epocales.

Parte de los y las enseñantes cuyas respuestas pueden ser consideradas como desfavorecedoras, describieron al fenómeno a partir de una definición basada en la práctica clasificatoria y el etiquetamiento, y como resultado del rotulado de las características singulares y particulares de los niños y las niñas destacaron el encasillamiento de los mismos/as y de sus posibilidades.

Las respuestas anteriores fueron las que más correlacionadas se encontraron con respecto a las proposiciones teóricas de los autores basales de la investigación; otro grupo se refirió a él a partir del cuestionamiento del mismo al percibir un incremento excesivo en la consideración de conductas de sus estudiantes como indicadores de procesos patológicos.

Aquellos/as enseñantes que fueron ubicados/as en una perspectiva favorecedora se inclinaron a utilizar la palabra Patologización como disparador para hacer alusión a: la ciencia médica (dando a entender que era quien establecía lo que era y no era una patología como tal, lo que permite explicitar su invasión y colonización sobre áreas sociales que de a poco se vuelven menos distantes), a ciertos cuadros específicos (que les permitieron precisar en pocas palabras lo que consideraban



como Patologización a partir de clasificaciones neutralmente tecnocráticas y de la construcción de entidades biogenéticas), a características innatas de los sujetos (de las cuales según ellas no se podía renunciar y con la cual se debía aprender a vivir. resulta posible pensar en cómo estas docentes ubicarían en una posición pasiva e inamovible a aquellos sujetos a los cuales se les adjudican ciertas patologías, lo cual desembocaría en una situación donde estos no tendrían ni el espacio suficiente ni las oportunidades para poder resignificar estos diagnósticos frente a la cualidad determinante que conllevan las lógicas patologizadoras) y por último refirieron a las lógicas de normalidad - anormalidad para poder definirla; a partir de esto se puede inferir que para estas y estos docentes la dimensión divergente del comportamiento de sus estudiantes tornaría a estos/as hacia el eje de la anormalidad, convirtiéndose desde su rol profesional en sostenedores del régimen de verdad al estipular cuáles de sus estudiantes se encuentran del lado de la normalidad y quienes en el lado de la anormalidad, asociando esta última a problemáticas o conflictos a resolver. Es posible interpretar esta situación desde una postura foucaultiana y pensar así que el hecho de que aquella individualidad concebida como normal parezca tener el permiso de interpretar a otra como anormal, ostentando poder sobre un otro al cual se le hace saber implícitamente que por ser parte de lo divergente está a merced del mismo y que por lo tanto tampoco tiene la posibilidad de poder elaborar una definición de sí, sino aceptar la impuesta.

Ligado a las lógicas de la disparidad es posible identificar en el colectivo docente, por un lado, aquellas que consideraron a la Patologización atravesada por la diversidad intrínseca a las propias subjetividades que asisten a las instituciones educativas respectivas (permitiendo borrar los efectos de la puja entre normalidad – anormalidad a partir de la noción de diversidad y el enaltecimiento de la diferencia) y por otro, aquellas que sostuvieron que la patología funcionaba en su caudal de saberes como sinónimo de discapacidad (revelando una lógica de pensamiento ligada al binomio anteriormente mencionado, considerando que lo diferente debe ser tratado clínicamente).

Medicalización

Con respecto a los saberes y a las cogniciones sobre Medicalización se presentaron dos grandes posiciones contrapuestas frente a este fenómeno y al accionar del profesional de la medicina asociado al poder que lo impulsa, concretándose tácitamente en la administración de fármacos en las Infancias. De esta manera también fue posible polarizar las opiniones de las y los docentes en una posición crítica o desfavorable y una acrítica o favorable.

La denominada posición acrítica y favorable estuvo definida específicamente por la consideración del médico y pediatra como aquellos profesionales calificados para conocer y determinar lo que ocurre con un niño y/o niña en particular, quienes a partir de su diagnóstico ayudarían no solo a estos y estas sino también a los y las docentes a partir de la función esclarecedora adjudicada a su voz, de esta manera la aceptación acrítica y el no cuestionamiento por parte de los docentes incrementaría

las posibilidades de concreción de diagnósticos que ignorarían las dimensiones individuales de los sujetos y ejercerían sobre estos violencia simbólica.

Se pudo identificar también testimonios que refirieron a este profesional como aquel capaz de otorgar la condición de discapacidad en función de su firma en un certificado, lo cual reafirma lo hegemónico de la voz del mismo. Se hace posible considerar que el certificado médico permitiría por un lado el ingreso de la individualidad de los sujetos a un campo documental, posibilitando que los mismos sean clasificados y categorizados a partir de rótulos y etiquetas. Sin embargo, funcionaría también como una revalidación de lo observado por los equipos docentes y a la vez como justificación para que este niño/niña en caso de ser necesario obtenga la ayuda profesional que necesita, lo cual permite la reflexión de la ambigüedad de este certificado para no aplicarle características positivas o negativas que lo definan de manera totalitaria.

Al mismo tiempo, los y las docentes dejaron entrever como desde el momento en que el profesional delimita su diagnóstico se comienzan a entender las conductas de la niña o niño en cuestión en base al mismo.

Es posible pensar en cómo los accionares de ciertos profesionales funcionarían como la llave que permitiría ingresar a un niño/niña en las lógicas medicalizadoras. Es decir, cuando se lo/la elige medicar o simplemente cuando se piensa en la posibilidad de hacerlo, se está medicando a un niño/niña que no presentaría ningún tipo de déficit, sino que el escollo estaría en el ojo que interpreta la puesta en escena de su singularidad. Así, progresivamente se iría discapacitando socialmente a un sujeto que empieza a ver como la ingesta farmacológica y la mirada del otro hacen que sus esfuerzos por construir su identidad sean boicoteados.

La percepción de cambios positivos en los y las estudiantes que demostraban conductas disruptivas en el aula le permitió a esta parte del equipo docente insistir en el carácter benéfico del accionar farmacológico al garantizar mejoras que no solo serían para sus estudiantes al asegurarles un mejor devenir educativo sino también para la conservación de las condiciones que estiman necesarias para desplegar sus prácticas, relacionado a esto se pudo identificar la adjudicación de connotaciones equilibrantes vinculadas a la noción de “medida justa” como acierto a partir de la dinámica de la prueba y el error.

Algunas de las docentes reconocieron que la tranquilidad se volvía más conveniente que el movimiento permanente lo que las llevaba a adoptar una perspectiva patologizadora que priorizaría la posición pasiva de sus estudiantes definida a partir de conductas visibles asociadas al aprendizaje, y es aquí donde el psicotrópico aparecería para garantizar este tipo de conductas.

Así mismo, se identificó en las entrevistadas una normalización del consumo al comprender que el fármaco formaba parte del funcionamiento subjetivo de aquellos niños y niñas que lo consumían, lo que daría cuenta de un trasfondo ideológico y definitorio de la Medicalización. Partiendo de esto es posible considerar que la presencia de la Biomedicalización se vuelve una realidad a partir de la



internalización de la necesidad de control convertida en autocontrol y vigilancia constante por parte del sujeto que en este caso es solo un niño/a que aprenderá desde temprano a encauzar su individualidad; la naturalización en el discurso de los niños/as a los que refieren las docentes lleva a reflexionar también sobre cómo el diagnóstico y el psicotrópico son utilizados por el sujeto como justificación y medio de comprensión con respecto a su conducta, estableciéndose así un feedback positivo con aquella etiqueta impuesta por un otro en el afán de encontrar una definición concluyente del mismo y posterior a este, un efecto de arco.

Esto permite pensar al mismo tiempo en cómo la etiqueta de un diagnóstico particular que en ocasiones concretiza la ingesta de psicotrópicos, inaugura una constante interacción entre la subjetividad del consumidor y la clasificación a la que se la trata de empujar para que ingrese dentro de una categoría universal a partir de dinámicas del ceder, donde en el caso de la naturalización antes mencionada, la subjetividad cedería terreno en pos de la aceptación de definiciones pret a porter.

Ahora bien, en una posición enfrentada, es decir, crítica y desfavorable para la concretización de la Medicalización, varias maestras y maestros expresaron su crítica frente al ejercicio del profesional de la medicina, lo que les permitió exteriorizar su cuestionamiento ante las decisiones de este, quien para ellas/os, era ajeno al vivenciar histórico y subjetivo de los niños/as que se le derivaban.

En su gran mayoría los y las docentes parte de esta posición destacaron la aparición en la escena áulica del “niño dopado” dejando entrever cómo a partir del consumo se desplegaba un progresivo cambio en sus estudiantes que iba desde una tranquilidad excesiva hasta el adormecimiento en el aula, esto en cierto modo fue respaldado por docentes que atestiguaron que desde el momento en que el niño empezaba a consumir lo recetado perdía parte de sí mismo, haciendo alusión al aplastamiento de la subjetividad del mismo, al traer aparejada la ingesta del fármaco, la desactivación de las potencias individuales y la invalidación de los recursos personales de salud.

Otras docentes reconocieron la preferencia de la conducta genuina y personal de sus estudiantes, que, si bien podría resultar disruptiva, funciona como una posibilidad más fértil para el aprendizaje que la somnolencia.

En los casos donde se lleva a un niño/niña al extremo de adormecerse, sería en realidad el momento en que la Medicalización demuestra su accionar más dañino, al abstraer al sujeto y a su singularidad de uno de los lugares donde se supone debería estar forjando su identidad de manera con-junta a otros, generando en última instancia aquello que se estaría “supuestamente” tratando de evitar, afectando su proceso pedagógico más aún, al no permitir que atienda a los estímulos que quiera y pueda ni tampoco elegir el curso de este a su manera.

Por su parte, otras docentes se detuvieron en el acostumbramiento que acarrea el uso farmacológico.



Dentro de esta perspectiva, ciertas docentes se detuvieron a deliberar sobre el beneficio para terceros que implicaría el consumo psicotrópico, reconociendo que a veces los adultos significativos de estos niños/as eran quienes se encontraban abiertos y dispuestos a utilizar al blister como solución predilecta, siendo la administración un acto discursivo a partir del cual los adultos significativos ejecutarían un mensaje hacia sus hijos/hijas, quienes interpretarían en primer instancia que hay algo en ellos que falla y debe ser cambiado, que en ellos faltan ciertas características para llegar a ser el individuo socialmente valorado y que el fármaco sería el camino, posibilitando así la transmisión de las lógicas, modelos y expectativas hegemónicas dominantes.

Una porción de enseñantes aseveró creer en la existencia de un trasfondo emocional en aquellas conductas que interpretadas por profesionales culminaban en la Medicalización, lo que llevaba a considerar necesario el recorrido por otras posibilidades anteriores a la decisión final de la Medicalización.

La no consideración del medicamento como respuesta por excelencia para solucionar las problemáticas que se presentifican en el vivenciar de las Infancias se volvió recurrente en el discurso de estas docentes, lo que las llevó a deliberar sobre otras alternativas previas a la administración sin deslegitimar el uso del fármaco en caso de ser necesario.

Los párrafos anteriores permiten pensar y reflexionar sobre cómo esta situación generaría una sofocación del síntoma, implicando accionares que se dirijan a buscar la enfermedad en el sujeto y desde allí definirlo, logrando a fin de cuentas silenciar y apaciguar la queja de estos terceros que es posible afirmar que no se resolverá mágicamente con un arsenal de recursos químicos.

Es menester reconocer que los docentes que se encontraban posicionados en cada uno de estos paradigmas (acrítico - favorecedor y crítico - desfavorecedor) con respecto a la Medicalización coincidieron en algún momento de sus entrevistas en la reflexión de sus posturas; de esta manera aquellas maestras que se encontraban en contra del suministro y efecto del fármaco fueron capaces de reconocer que en ciertos momentos este se convertía en parte de la solución y aquellas que se encontraban a favor, sostuvieron la necesidad de ser precavidos como adultos responsables ante la sobremedicación al percibir periódicamente su presencia; salvo una única docente que no demostró una actitud reflexiva y aseguró contundentemente que “la medicación es necesaria sí o sí”.

Se aprovechó la instancia de recolección de datos para evaluar la percepción que tenían los/las enseñantes con respecto a la dimensión temporal de la presencia del fármaco, incitando la reflexión sobre si ésta era mayor o menor en la actualidad que en el pasado o lo contrario.

De esta manera, las realidades socioculturales epocales marcadas por el displacer desprendido de la no concreción del modelo social hegemónico de éxito y bienestar acarrearían a los sujetos hacia la consideración del influjo farmacológico como blasón con el cual eludirlo. A la vez, es posible sostener el aprendizaje de estas modalidades de enfrentamiento, facilitado por aquellas figuras adultas a las cuales los niños y niñas adjudican significancia, que en el ejercicio de sus roles no

resignificarían el poder obturante del accionar farmacológico y seguirían encontrando en él la resolución al conflicto, que en las Infancias funciona como motor del desarrollo.

2. Actitudes docentes frente al Fenómeno de la Patologización y Medicalización de las Infancias

Tras haber indagado sobre los saberes docentes y su correlato con las cogniciones actitudinales hacia el fenómeno de la Patologización y Medicalización de las Infancias, el paso consecutivo consistió en describir y analizar los tipos de actitudes que descansan en ellos, tal como se mencionó en la metodología.

Actitudes Ambivalentes

En veinte entrevistas de las treinta y seis ejecutadas fue posible detectar a la ambivalencia como el tipo de actitud con mayor presencia en comparación con los otros tipos restantes, definida ésta como la fusión entre la aceptación y sentimientos de pesar y lástima.

La mayoría de las docentes que la demostraron, señalaron la personalización del trabajo que implicaba la presencia de niños/niñas diagnosticados/diagnosticadas en su aula, haciendo referencia por un lado al trato personalizado y permanente consecuente a la dependencia de estos y estas hacia ellas, lo que según estas llevaba al descuido hacia sus otros alumnos que quedaban sin un referente pedagógico y por otro al agotamiento físico y mental derivado de este accionar, lo que se contrariaba en sus discursos con la vocación sentida por las enseñantes y la valoración de los resultados obtenidos.

Las implicancias del agobio asociado a esta actitud llevaron a ciertas docentes a reconocer el deseo de que dentro del espacio áulico los/las estudiantes diagnosticados/as no se hicieran presentes, a diferencia de aquellas que priorizaban la presencia de estos/as por sobre su cansancio.

Al mismo tiempo, un grupo de maestras demostró que su Ambivalencia estaba ligada a la percepción de que la individualización mencionada no generaba resultados satisfactorios.

También se hicieron presentes actitudes Ambivalentes ligadas a la necesidad de que ciertos profesionales realicen adaptaciones curriculares para concretizar el trabajo individualizado, reconociendo la dificultad que implicaba la puesta en aplicación de las mismas en el porvenir áulico, ya que este proceso no se agotaba en su construcción, sino que se expandía hacia su aplicación.



Paralelo a esto, algunas enseñantes explicitaron la Ambivalencia que le generaba la idea de derivar a un niño/a a un profesional de la salud frente a su afán de buscar y encontrar soluciones desde su rol personal.

Por último, solo una docente expresó considerar lo anteriormente mencionado como desafíos a enfrentar, los cuales funcionarían como terreno propicio para construir aprendizajes mutuos entre docente - estudiante, manifestando sentir correlativamente desgano a la hora de tener que capacitarse para adecuar su práctica a la diversidad áulica.

Actitudes de Responsabilidad Social

Este tipo de actitudes se presentificó a partir del reconocimiento del marco legal que amparaba a las Infancias y en una mayor proporción, desde la valorización de los y las estudiantes como sujetos de derechos.

En cuanto a lo legal y la valorización de las Infancias como sujetos de derecho, las docentes demostraron una posición basada en el reconocimiento de las individualidades de cada uno/a de sus estudiantes, diagnosticados/as o no y el respeto hacia las mismas.

Similarmente otras docentes manifestaron valorizar las identidades y subjetividades de aquellos y aquellas estudiantes diagnosticados/as, a partir de la omisión por elección de las etiquetas que definían a su “discapacidad”, apelando de esta manera a la contemplación de aquellas cuestiones que compartían sus estudiantes y de aquellas otras que funcionaban como características y potencialidades propias e individuales.

Se hizo presente también la consideración de que el objetivo de la institución escolar y por ende de cada uno de sus actores era aspirar al bienestar de sus estudiantes.

Por último, se hizo presente la idea de que la diversidad que caracteriza a la comunidad estudiantil empuja al colectivo docente a la resignificación de sus estructuras de entendimiento y a la deconstrucción de la certeza de que el propio rol implica autoridad y prioridad ante la palabra del estudiante para lograr entender el porqué de sus conductas.

Actitudes de Optimismo Empírico

Estas pudieron ser identificadas principalmente en una docente que explicitó trabajar a partir de los errores y aciertos de sus estudiantes, haciendo alusión explícita a la definición teórica de este tipo de actitud, la cual se basa en la consideración del posible error como oportunidad para el aprendizaje. El colectivo docente que compartió estas actitudes permitió dilucidar que la confianza



hacia el niño y/o la niña consigue que la propia docente se despoje de las concepciones vinculadas a las etiquetas que definen a sus estudiantes.

Por otro lado, se destacó el miramiento de dos enseñantes quienes estaban convencidas de que su práctica debía basarse en la consideración de que los avances de los niños/niñas diagnosticados/as eran el tipo de avances que su subjetividad podía concretar, sosteniendo a la vez que el modo en el que las particularidades de estos/estas estudiantes se reflejan en sus procesos pedagógicos permiten pensar nuevas maneras de enseñar y aprender.

Actitudes de Escepticismo

En este tipo de actitudes el/la docente acepta trabajar con estudiantes con particularidades pero existe en él/ella la desconfianza hacia la inclusión, lo cual quedó demostrado en declaraciones de ciertas docentes que sostenían la dificultad creciente en su praxis diaria, relacionado a esto una docente aseveró que el tener en su aula estudiantes con necesidad de acompañamiento, pero con la imposibilidad de alcanzarlo añadía más escollo a la situación. También se hizo presente en las palabras de otra docente la inviabilidad de las posibilidades de éxito a futuro de aquellos niños/as que desde niveles iniciales habían sido diagnosticados/as y que desde ese entonces tenían un acompañamiento profesional.

Actitudes de Rechazo

De treinta y seis entrevistas realizadas a docentes, es resaltable que la misma maestra que demostró mayor cantidad de Escepticismo en sus actitudes, fue la única que evidenció Rechazo frente a la presencia de los niños y niñas diagnosticados/as en el escenario áulico, manifestando que su agrado a la hora de ejercer su profesión se hallaba sofocado por la presencia masiva de la diagnosis en las instituciones escolares. En cuanto a esto, las connotaciones negativas hacia la presencia de estudiantes que expresen alteridad es pilar básico del fallo escolar hacia los mismos.

Sin realizar un análisis exhaustivo, fue posible estipular de manera general como ciertos afectos derivados del componente Afectivo acompañaron a los diversos tipos de actitudes expuestos anteriormente, que fueron agrupados en tres clusters, a saber: Afectos Agradables (Alegría, ternura, adoración y satisfacción) - Afectos Desagradables (Impotencia, preocupación, malestar, miedo, desgaste, estrés, dolor, desborde, frustración, culpa, bronca, defraude) y Afectos Cambiantes, predominando los segundos por sobre los otros.

Al contemplar lo propuesto anteriormente es posible pensar que las actitudes de Rechazo y de Escepticismo podrían estar asociadas a una perspectiva reeducativa, basada en la observación e identificación de signos y/o conductas fácilmente detectables que permite que los progenitores,



los/las docentes y otros/as adultos/as significativos/as se consideren capaces de detectar cuando alguna característica o conducta infantil no encaja en los estándares de normalidad esperados, mientras que, por su lado, las de Optimismo Empírico y Responsabilidad Social estarían dentro de una perspectiva clínica, que da lugar a un proceso de singularización desprendido del entendimiento del síntoma como un mensaje que permite ahondar, comprender y elevar la subjetividad de aquel/aquella que lo manifiesta.

La única actitud de Rechazo expuesta estuvo vinculada a lo propuesto por López Molina (2016) quien alude al acallamiento del síntoma a partir del accionar farmacológico como hecho determinante de la Medicalización, el cual permite eliminar no sólo aquello considerado como patológico en el niño/a, sino también anular de la escena áulica aquellas extensiones de la singularidad del mismo/a que quizá sean el basamento del rechazo.

Las actitudes de Escepticismo permitieron recordar la concepción de carrera moral, la cual facilitó entender cómo las expectativas sobre un sujeto en particular determinarían las expectativas que este irá adquiriendo sobre sí mismo y que posteriormente volcará en su conducta; esto puede ser aplicado en las lecturas que las docentes que demostraron este tipo de actitudes hacen sobre sus estudiantes y sobre todo en aquellos/as que se encuentran diagnosticados/as.

Las actitudes ligadas a la Responsabilidad Social estuvieron sustentadas en el reconocimiento de la legalidad que amparaba a los y las estudiantes, enalteciendo su condición de sujetos de derechos y su consecuente poder de decisión sobre su propio desarrollo, educación y salud, específicamente en la Ley Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes N° 26.061 (2005) la cual propicia la participación social y activa de estos/estas apuntando a garantizar todas las oportunidades necesarias para su desarrollo físico, psíquico, moral, espiritual y social en condiciones de libertad, igualdad y dignidad, como así también en la Ley de Educación Nacional N° 26.206 (2006) donde se estipula que en el proceso educativo se debe reconocer la diversidad inherente a los y las estudiantes y la Ley de Salud Mental N° 26.657 (2011), la cual aboga por el reconocimiento de la singularidad como una acción clave para asegurar la salud integral del sujeto.

Por su parte, las actitudes de Optimismo Empírico fueron utilizadas para realzar la individualidad, la particularidad y subjetividad de cada niño/a para construir la noción de logro en función de cada una de ellas, dejando de lado la aspiración de objetivos generalizados, y relacionándose de esta manera con el reconocimiento del vivenciar subjetivo como canon de la posición clínica.

Siendo las actitudes Ambivalentes las que predominaron por sobre los restantes tipos de actitudes, es posible pensar que en ellas los y las docentes encuentran la posibilidad de fusionar tanto lo positivo como lo negativo de las dos perspectivas trabajadas anteriormente, a partir de la tensión que implicaría el choque entre la ejecución y cumplimiento de los objetivos pedagógicos y el reconocimiento de las particularidades de cada uno/una de sus estudiantes.

3. Estrategias docentes desplegadas ante el Fenómeno de la Patologización y la Medicalización

Adquirió interés de investigación conocer las estrategias que las y los enseñantes eligen y despliegan a la hora de afrontar aquellos emergentes que aparecen en cada escenario áulico a partir del fenómeno en estudio. Al considerar que las estrategias identificadas refirieron a acciones concretas que estos y estas profesionales ejercían, se otorga pertinencia al análisis a partir del componente conductual de las actitudes.

La mayoría de los/las docentes apelaron al acercamiento hacia los/las niños/as diagnosticados/as con el objetivo de apoyar y acompañar a estos/estas en sus procesos de aprendizaje, con el motivo de personalizar sus estrategias desde el pleno convencimiento de que esto posee la capacidad de mejorar la situación no sólo pedagógica sino psicológica de los mismos/as, lo cual quedó establecido en múltiples asunciones. Por un lado, en la idea de que estos requerían un accionar docente focalizado que se materializaba en un acompañamiento cuerpo a cuerpo, el cual implicaba a la vez una dinámica de fragmentación entre las acciones dirigidas hacia los niños/niñas a los que se les adjudicó un diagnóstico y al resto del curso, tal cual lo comunicaron distintas docentes; por otro lado hubo docentes que pronunciaron basar su práctica en el reconocimiento de las particularidades de estos estudiantes, apelando a satisfacer las necesidades desprendidas de estas.

En una sola entrevista se pudo soslayar el trato diferenciado hacia un alumno particular como consecuencia de la diagnosis, relacionándose esto último con la tendencia docente a abordar las particularidades de las manifestaciones de sus estudiantes desde una postura patologizadora.

Por su parte, otras docentes aseguraron haber encontrado en la división del pizarrón la respuesta para que cada uno/a de sus estudiantes pudiera aprender a su tiempo, enfatizando que de esta manera no se perjudicaría a aquel o aquella que no necesite del acompañamiento individual, relacionado a esto, otras relataron la decisión en conjunto de realizar un seccionamiento áulico en sacos o grupos, demostrándose así la consideración de la diversidad áulica.

Basándose en esta personalización las docentes expresaron que el trabajo estratégicamente fundamentado en el vínculo funcionaría como estructura base para garantizar la presencia del proceso de enseñanza – aprendizaje, con respecto a esto una docente señaló la consideración del vínculo entre el niño y la niña diagnosticado/a y sus pares, lo cual puede ser considerado como una técnica más potente para contribuir a sortear los obstáculos que dificultan la inclusión y la concreción del proceso pedagógico de ciertos estudiantes, y consecuentemente, su desarrollo integral.

También se centraron en la visibilización que por un lado permitía borrar la diferencia al posibilitar en las lógicas áulicas el reconocimiento de este niño/a por parte de sus pares y sus docentes con el objetivo final de poder demostrarse a sí mismo/a sus propias capacidades y por otro lado una visibilización consecuente a la diagnosis, asociada a la necesidad de observar y realizar un seguimiento de estos/estas, lo primero podría concretar la responsabilidad docente de no sólo



centrarse en lo pedagógico, sino avanzar hacia la concretización de espacios que promuevan la oportunidad, participación e inclusión educativa sin distinción entre sus alumnos.

Las estrategias docentes no se centraron únicamente en los niños y las niñas diagnosticados/as, sino que también se encontraron vinculadas por un lado a sus grupos familiares con los que a partir del trabajo en conjunto se elegirían las estrategias que permitirían prevenir y abordar las posibles problemáticas, y por otro a los profesionales de la salud ya que estos apoyarían y brindarían directrices para aplicar en sus prácticas pedagógicas, por último se inclinaron estratégicamente al trabajo en conjunto con equipos de profesionales y a la sugerencia de estos a los adultos significativos de los niños.

La pluralidad exhibida con respecto a la búsqueda de lineamientos profesionales encuentra un punto en común en la fusión del diagnóstico y el accionar profesional de la salud - profesional de la educación se da inicio al engranamiento entre el proceso de Medicalización y de escolarización, basado según en la necesidad de las y los enseñantes de una directriz que permita conocer de manera exhaustiva a sus estudiantes, para volcar finalmente este conocimiento en su praxis.

De manera unánime se enunció que lo que corresponde es un accionar a partir de la figura del médico pediatra como profesional poseedor de la facultad de derivación hacia otros especialistas de la salud al cual dirigirse en primera instancia, esto exhibiría el papel de agente develador y descubridor del supuesto déficit del niño y/o la niña.

Con respecto al accionar de los profesionales “psi” se pudieron establecer dos perspectivas, una minoría manifestó cierto reparo a la sugerencia de este tipo de profesionales y una mayoría sostuvo la importancia del acompañamiento psicopedagógico y psicológico.

Es menester también mencionar que las lógicas institucionales afectaban y definían las estrategias que los y las docentes ponían en práctica, aseverando específicamente los/las docentes de ramos especiales la existencia de una jerarquía que los alejaba del conocimiento sobre la situación de ciertos estudiantes en particular, lo que desencadenaba la acción estratégica de dirigirse a las autoridades y a las maestras de grado para adquirirlo.

Por último, en menor cantidad se identificó la importancia que algunas docentes le daban a la formación personal, académica y profesional como estrategia y herramienta predilecta para acercarse y abordar las nuevas subjetividades que ingresan progresivamente al escenario escolar, lo que lleva a pensar en la importancia de un proceso constante de formación que le permitiría al profesional en educación adquirir las competencias necesarias para afrontar las vicisitudes que el cambio social constante instala en el aula.

A modo de corolario del análisis que se viene realizando y con el objetivo de ahondar en la correlación entre los saberes, actitudes y estrategias que poseen y despliegan las y los docentes frente al Fenómeno de la Patologización y la Medicalización de las Infancias en edad escolar, se llevó



a cabo un cotejo general a partir del cual se pudieron establecer ciertas lecturas con respecto a la muestra total del colectivo docente entrevistado conforme a los años de experiencia que poseían en el escenario escolar (de 2 a 15 años y de 16 a 32 años) y los grados en los que desplegaban sus praxis, diferenciando entre docentes de grado (primer y segundo ciclo) y de ramos especiales.

En lo que respecta a la Patologización, aquellas docentes que conformaban el grupo de menor experiencia profesional demostraron a partir de sus saberes una postura mayoritaria que posibilitaría la concreción del fenómeno, situación que se repitió en las docentes con mayor experiencia; en cuanto a los ciclos, fueron las maestras del segundo quienes demostraron una postura favorecedora al respecto y solo una maestra del área de ramos especiales se demostró en una posición desfavorecedora.

Los saberes que rondaron en torno a la Medicalización posibilitaron identificar que el grupo de docentes con mayor experiencia se encontraba dividido de manera equitativa entre aquellas maestras que se demostraron acríticas frente al fenómeno y aquellas que se posicionaron desde el cuestionamiento hacia el mismo. En el caso de aquellas que poseían menor experiencia, la diferencia fue mayor al predominar la posición crítica. Con respecto a las maestras de grado, fue posible detectar como el segundo ciclo se hallaba más abierto a la Medicalización en comparación al primero. El total de maestros y maestras de ramos especiales se demostró en contra del uso del fármaco.

En síntesis, las entrevistas realizadas permitieron detectar que el colectivo docente se encontraba mayoritariamente en una posición cautelosa reflejada en la predominancia de argumentos desfavorables hacia la concretización de la Medicalización; antagónicamente la situación de la Patologización fue favorecida por las cogniciones de estas y estos enseñantes. Se podría estipular que esta situación se correspondería con el hecho de que los y las docentes identificarían de manera fácil y directa los efectos de la Medicalización, la cual se materializaría en signos físicos y observables a diferencia de la Patologización que implicaría efectos ligados más bien a dimensiones sociales y psicológicas individuales. Si bien esto demostró excepciones, es posible pensar que de manera general los/las maestros/as se inclinarían a basar sus saberes en lo perceptible a simple vista, reafirmando una perspectiva reeducativa al no detenerse en las lógicas sociales y vinculares que permitirían a la Patologización seguir agravando a las Infancias desde su lugar desvelado, obstaculizando así una lectura clínica de la realidad áulica.

En cuanto a la dimensión actitudinal, una cantidad no significativa de enseñantes hizo referencia al Escepticismo como disposición actitudinal, encontrándose no sólo en las maestras con mayor y menor experiencia, sino también en las de primer y segundo ciclo.

Por su parte, dos docentes de grado explicitaron sus actitudes de Optimismo Empírico, siendo una del primer ciclo y la otra del segundo, ambas pertenecientes al grupo con menor experiencia laboral como así también lo hicieron dos docentes de ramos especiales.



Solo una docente perteneciente al primer ciclo y con treinta años de experiencia demostró actitudes de Rechazo frente a aquellos niños/as incididos/as por el fenómeno de la Patologización y la Medicalización, la cual también demostró Escepticismo ante la posibilidad de los logros pedagógicos de estos.

Resultó sobresaliente la prevalencia de las actitudes Ambivalentes por sobre las demás, las cuales abundaron en las maestras que contaban con mayor experiencia y aquellas que se encontraban ejerciendo en el primer ciclo; esto sucedería porque la mayor experiencia vendría acompañada del convencimiento de la complejidad (e incluso la imposibilidad) de concretar mejoras y avances con los niños/as diagnosticados/as, desprendido esto de vivencias personales y profesionales teñidas por resultados insatisfactorios, lo que colisionaría con las obligaciones social y moralmente establecidas y sentidas con respecto al rol del enseñante, las cuales a su vez se tamizarían con las implicancias del duelo inherente al límite formal de su profesión que en el caso de algunas ya representaba su jubilación. Ahora bien, en el caso de las maestras de primer ciclo es posible pensar como el afán de garantizar que los niños/niñas que ingresan al escenario escolar aseguren su éxito en el inicio de su camino pedagógico, implicaría por una parte el esfuerzo permanente de concentrarse en el rendimiento académico de cada uno de estos/as y la atención que demandaría la convivencia entre las características de la masividad áulica y aquellas que conlleva la franja etaria a la cual pertenecen sus estudiantes, lo que chocaría con la posibilidad de centrarse en aquellos/as niños/as diagnosticados/as cuando el resto implica emergente permanente.

También resulta menester resaltar que se hizo presente en menor cantidad en aquellas maestras que pertenecían al segundo ciclo como así en el grupo con menos años de experiencia y que su presencia fue nula en el área de los ramos especiales. Si bien fue en menor cantidad, esto permite pensar que en este tipo de actitudes los/las docentes hallarían la posibilidad de unificar no solo sus sentimientos de responsabilidad y obligación hacia los niños/niñas diagnosticados/as con sus sentimientos de pesar, malestar y desgano frente al trabajo extra que estos/as implicarían, sino que les posibilitaría de manera consecuente fusionar la perspectiva reeducativa y la clínica, sin existir una primacía de una por sobre otra, sino que ante el reconocimiento de que se estaría en uno de estos dos extremos, los/las enseñantes entrarían en un estado de Ambivalencia, no referido aquí únicamente hacia sus estudiantes diagnosticados/as, sino que también se ubicarían en el intermedio de lo reeducativo y lo clínico.

De la mano de las anteriores, las actitudes de Responsabilidad Social también se hicieron mayoritariamente presentes en el discurso de las docentes con mayor experiencia, acompañadas por las docentes del segundo ciclo, siguiéndoles las de menor experiencia y primer ciclo, apareciendo minúsculamente en las palabras de las y los enseñantes de ramos especiales. Vale aclarar que este tipo actitudinal representó el basamento de aquellos afectos y consideraciones que sustentaban el reconocimiento de la subjetividad de sus estudiantes a partir del enaltecimiento de estos/as como sujetos de derechos.

En cuanto a las estrategias desplegadas frente a este fenómeno y considerando la totalidad de docentes, la estrategia más utilizada fue la aspiración a consultar y trabajar en conjunto con profesionales de la salud, destacándose los/las pertenecientes a la Medicina, la Psicopedagogía y al Acompañamiento Terapéutico; esta elección se replicó en las docentes sin distinción de años de experiencia como así también en las docentes del segundo ciclo, con el objetivo de que estos/as a partir de su accionar facilitaran la concretización de los objetivos pedagógicos formales, desaprovechando la posibilidad de esclarecer las lógicas que subyacen al padecimiento de aquellos/as estudiantes que despiertan en ellos/as la necesidad de acudir a profesionales.

Por su parte, las maestras del primer ciclo abogaron primordialmente por el accionar focalizado, mientras que los y las docentes de ramos especiales se inclinaron por la visibilización del niño y de la niña diagnosticado/a a partir de designaciones de roles adjudicadas por medio de actividades basadas en la expresión de la corporalidad que permitían salirse de lo curricularmente establecido y construir fuera de lo esperable como normal; estos/as también hicieron mención a su accionar estratégico a partir de lo establecido en las lógicas institucionales, a las cuales apelaban para profundizar su conocimiento sobre la situación de un niño/niña en particular.

Es menester resaltar que la formación profesional docente resultó ser la estrategia menos considerada por el colectivo entrevistado, lo cual es posible pensar como atravesado por connotaciones referidas a la propia profesión, suponiendo un velo frente a la diversidad intrínseca de sus estudiantes, que al desconocer su existencia no sería posible legitimar.

Para culminar, si bien quedó clara la existencia de diversidad en sus posiciones, de manera general fue posible afirmar que las actitudes de los y las docentes con respecto a los niños/as marcados/as por la diagnosis desprendida del proceso patologizador y medicalizador giraron en torno a la Ambivalencia y a la Responsabilidad Social; en cuanto a las estrategias asociadas a estas actitudes, se homologaron en el accionar personalizado y focalizado hacia estos/as estudiantes en particular y en el acercamiento a los profesionales que consideraban pertinentes para resolver las situaciones que los/as mismos/as traían a colación al escenario áulico.

4. Consideraciones Finales

Las instancias teóricas y prácticas que conformaron el devenir de la presente investigación permitieron cumplir los objetivos estipulados al inicio de la misma, los cuales no fueron concretados de manera individual, sino que contrario a lo que se esperaba y a partir del análisis elaborado, se aunaron para desembocar en última instancia en la contemplación de la vivencia docente frente a aquellos niños y niñas diagnosticados/as e incididos/as por las lógicas de la Patologización y la Medicalización.



Es así que se volvió posible caracterizar al escenario escolar en el que se desarrolló esta investigación y a los actores que lo componen por el brote permanente de emergentes desprendidos de la presencia de las Infancias que asisten a él y la diversidad inmanente a estas que paradójicamente se señala a partir de rótulos y etiquetas que restringían a la misma, y por un accionar docente que ante la presencia de esta diversidad se encontraría en un estado de jaque incesante al suponer un enfrentamiento permanente entre el ímpetu por ejercer su vocación y la percatación de los límites de su formación.

Reconocer la significancia que el rol docente reviste en el desarrollo de las Infancias permite afirmar la importancia trascendental de los saberes, actitudes y estrategias que estos y estas ponen en juego en sus praxis.

En este escenario escolar la Medicalización estaría en una posición de escrutinio en comparación a la Patologización ya que la primera conllevaría efectos capaces de ser percibidos por las/los docentes a partir de una evaluación superficial a diferencia de la segunda que implicaría un esfuerzo de reconocimiento por parte de estas/os docentes de la complejidad de las lógicas sociales que afectarían a los niños/as diagnosticados/as.

A partir de estos saberes fue posible afirmar que en los y las docentes predominaron dos disposiciones actitudinales, por un lado la Ambivalencia marcada por afectos ligados al displacer, al desgano y a la preocupación que generaría la presencia de estos/as niños/as, actitud que se fusionaría con la disposición de Responsabilidad Social sustentada en la obligación profesional, en dimensiones éticas y morales propias de la docencia y en el reconocimiento de los sujetos de derecho que existen por detrás de los diagnósticos.

Fue la permanente fusión entre estas dos dimensiones actitudinales y su feedback lo que llevó a que las y los docentes se dispusieran a sobrepasar las connotaciones displacenteras con el objetivo personal y compartido de poder contribuir a partir del accionar focalizado como estrategia primaria que posibilitaría que estos niños/as concreticen la formalidad de los logros pedagógicos como también la prevención de posibles complicaciones desde el convencimiento de que esto permitiría el posible avance de los/as mismos/as en los distintos aspectos de su desarrollo social.

Sin embargo, no fue tanto el tiempo que transcurriría para que afloraran las carencias de sus formaciones y la consecuente desesperación desprendida del no poder ayudar desde sus recursos a estos/as estudiantes, dirigiéndose estratégicamente a ciertos profesionales para adquirir lineamientos que facilitarían según las entrevistadas y los entrevistados el triunfo educativo compartido entre sus estudiantes y estas/os, dejando de lado automática y progresivamente el reconocimiento de las individualidades de los mismos/as y el bagaje implícito de lo que subyace al conflicto, lo que profundizaría el abandono del enfoque clínico y la disposición hacia el reeducativo donde recobraría relevancia el objetivo de acercar al niño/a hacia aquel modelo hegemónico normalizante que encontraría en esto posibilidad de reafirmación.



A partir de lo establecido fue posible reafirmar la existencia del circuito de la Patologización y la Medicalización teorizado en esta investigación, a partir del decantar de saberes docentes que favorecerían la Patologización por sobre la Medicalización, unidos a una Ambivalencia como actitud que predominaría por sobre la Responsabilidad Social y que dispondría al colectivo docente a aspirar a lo profesional para que dé respuesta a las divergencias de ciertas subjetividades infantiles, facilitando el ingreso de las Infancias a una realidad donde la iatrogenesis profesional las pondría en peligro, redoblando la apuesta patologizadora y concretizando incluso la Medicalización desmedida haciendo realidad aquello que las/los docentes desde sus saberes demostraban en primer instancia no estar favoreciendo.

La existencia de este circuito fue ratificada por la mención en los discursos docentes del interjuego entre la institución familiar y escolar, los medios masivos de comunicación, la disciplina médica y la industria farmacéutica que coaccionarían a partir de una sociedad que tanto a nivel macrosocial (a partir de la construcción y definición de lo que se consideraría como enfermedad, normal y anormal), mesosocial (por medio de las políticas públicas que lo reafirmarían y reproducirían por medio de instituciones sociales) y microsociales (donde las interacciones que ocurren entre los actores dentro de estas instituciones permitirían a través de sus discursos la expansión y repetición de la lógica patologizadora y medicalizadora) se ocupa de mantenerlo despierto.

Reviste importancia remarcar que, si bien esta investigación se centró en los aspectos negativos y perjudiciales del fenómeno de la Patologización y la Medicalización en las Infancias, es necesario reflexionar sobre el hecho de que este circuito existe como tal por que las distintas esferas sociales se empeñan en reconocer y hacer uso de los beneficios que este puede implicar, lo cual a menudo es identificable en la aceptación por parte de las disciplinas psi del acompañamiento del fármaco en un proceso terapéutico, donde lo clave sería que la hipotética insistencia del fármaco a sobreponerse a lo terapéutico no sucediera.

La pregunta lógica que se presenta tras haber estipulado las consideraciones anteriormente resaltadas es qué lugar ocupa la Psicología como disciplina y que hace esta frente a las implicancias y aristas que el fenómeno patologizador y medicalizador adquiere. La respuesta no es totalitaria, pero sí adecuada cuando se piensa en los aportes que el Psicoanálisis es capaz de brindar.

Es posible pensar al enfoque psicoanalítico como un acto revolucionario llevado a cabo por aquellas/os profesionales que abogan en su praxis por el reconocimiento de la subjetividad más allá de los indicadores superficiales de la misma, en contraposición a una sociedad fugaz que individualiza al sujeto en la homogeneidad reduciendo sus particularidades con el objetivo de hacerlo funcional a los estándares de la sociedad, es en este escenario donde este marco teórico permite reconocer la historia, el vivenciar subjetivo y el padecimiento de un sujeto que vive su cotidianidad en un estado de mutismo donde la expresión implica alteridad, y la alteridad implica divergencia y, por lo tanto, un error para el sistema; error que el Psicoanálisis se empeña en respetar

y enaltecer a partir de la escucha y de la consideración de la conducta supuestamente divergente como un síntoma que vela el conocimiento que el sujeto tiene con respecto a los determinantes de su padecimiento.

Ahora bien, ¿Cuál es el papel que el profesional de la Psicología a partir del Psicoanálisis debe cumplir específicamente en la escuela? Más allá del respeto y del enaltecimiento de la subjetividad de todos los actores de la institución y sobre todo de aquellos/as niños y niñas que ven deslegitimadas sus individualidades, el rol del psicólogo en la institución escolar debería implicar permanencia y no accionares momentáneos ni desalojados de la institución y debería partir de la certeza de que la escuela se vuelve cómplice del movimiento patologizador y medicalizador; al mismo tiempo es posible sostener que su presencia debería estar instaurada en la escuela, no dentro de un gabinete, sino más bien en sus pasillos lo que le posibilitaría ser parte de las lógicas de la institución, el reconocimiento de los actores de la misma, comprender las problemáticas y conocer cómo afectan la expresión de las subjetividades que necesitan y demandan ser escuchadas.

A la vez, es necesario reconocer que el/la profesional en Psicoanálisis no deja de ser producto de las lógicas sociales que llevan a la concretización del proceso estudiado, por lo que debe partir del trabajo personal para pensarse a sí mismo como legitimador de estas lógicas, aprovechando así también aquellas instancias donde sea posible comentar y hacer reflexionar a sus pares sociales para fomentar la despatologización y la desmedicalización. Esto supondría a la vez, un trabajo incesante para derrumbar los estigmas en los que las profesiones psi se hallan envueltas frente a otras disciplinas más allegadas a los discursos hegemónicos, lo cual pudo notarse en varias de las entrevistas realizadas.

Además, pensar al dispositivo psicoanalítico instaurado en las instituciones educativas permite imaginar a una escuela donde cada uno de sus actores se vería influenciado por el discurso psicoanalítico, lo que supondría la adquisición de la convicción de que la legitimación y el enaltecimiento de la identidad del otro empezaría con el entendimiento de la singularidad como condición humana por excelencia. De esta manera, es posible sostener que el circuito de la Patologización y la Medicalización comenzaría a ver como sus bases tambalean y se resquebrajan. Es por esto que el Psicoanálisis se estimaría como una posible solución a aquellas problemáticas que pondrían otra vez (por qué habrá otras veces) la subjetividad de los individuos en escrutinio y también como el camino a seguir para enfrentar y paulatinamente detener las lógicas normalizantes.

Sin embargo, este aporte no debe ser realizado desde la hegemonía de esta sola disciplina, sino que la única manera en que se podrán encontrar soluciones y mejoras a las implicancias del fenómeno estudiado es a partir del interjuego de saberes enmarcados dentro de la paridad y la construcción con-junta de las distintas disciplinas sin que una ostente poder por sobre otras.



Por último, es imposible pensar al accionar de cualquier profesional del campo de la salud no encuadrado en las estipulaciones de la Ley de Salud Mental N° 26.657 la cual ayudó desde el momento en que hizo presencia legal a enfrentar al modelo médico hegemónico y dominante, al abogar por una concepción integral de la salud, donde lo social y lo psicológico adquieren trascendencia.

A pesar de traer consigo novedades y mejoras para el campo de la salud, la ley de Salud Mental N° 26.657 se vuelve objeto de críticas al ser contemplada desde el fenómeno que atañe a la presente investigación. En primer lugar, la concepción de enfermedad que supone, deja de lado la posibilidad de que el padecimiento, el displacer y el desequilibrio sean parte de la vida cotidiana de los sujetos adultos como así también de los individuos que se encuentran en pleno desarrollo, lo que se podría pensar permitiría la justificación de la intervención profesional, entonces esta concepción ¿No facilitaría la comprensión como enfermo mental de aquel niño/a que manifiesta conductualmente estar atravesando ciertos conflictos? Y de ser así, ¿Cuán lejos se está de la aparición de la necesidad de eliminar esta hipotética enfermedad a partir del accionar farmacológico? En cuanto a esto, si bien la ley expone que el consumo se justifica si tiene objetivos terapéuticos, cuando se piensa al consumo infantil es posible problematizar que la ingesta de pastillas se vuelve en instancias un beneficio para terceros, que la ley no considera de manera profunda las implicancias y complejidades de la salud mental infantil sustentada en el conflicto como motor del desarrollo, como así tampoco considera aquellos sucesos que atentan contra ella, y por lo tanto, no se detendría a reflexionar que en la cotidianeidad de las Infancias sobre todo de aquellas percibidas como anormales o desviadas, no considerar lo precedente implicaría un atropello a los derechos reconocidos y avalados por ella misma.

A la vez es posible pensar que la Patologización y la Medicalización además de atentar al derecho primordial de la salud, atentaría también contra el derecho a recibir la alternativa terapéutica más conveniente para el sujeto y que menos restrinja sus derechos y libertades, al derecho a no ser discriminado ni identificado a partir de este padecimiento mental tal cual ocurre con aquellos sujetos que caen en el rotulamiento, y por último socavaría el derecho a tomar decisiones relacionadas con el tratamiento y la atención, que en este caso implicaría no oír lo que el niño/a tiene para decir de su propio padecimiento lo que le da pertinencia nuevamente al Psicoanálisis.

A partir de todo lo expuesto anteriormente es que se considera que si bien es utópico que con tan solo un acto se pueda romper con los discursos hegemónicos que coartan las libertades de los sujetos es posible pensar en cómo la capacitación docente con respecto al fenómeno de la Patologización y la Medicalización se vuelve fundamental para construir una base actitudinal y estrategias que permitan el entendimiento de cómo este resquebraja el reconocimiento de la diversidad de las Infancias permitiendo que a fin de cuentas ellas/os mismas/os realcen su existencia. Es de igual importancia que los profesionales de la salud, puntualmente los y las profesionales “psi” se formen sobre lo mismo para que de esta manera el trabajo entre las/los docentes y estos/as haga que el opacado sea el fenómeno y no el/la niño/a.

Si bien la Patologización y la Medicalización forjan un escenario repleto de oscuridades, el mínimo reconocimiento por parte de los/as profesionales de la educación y de la salud de la falta de formación para hacerle frente al fenómeno en cuestión, la presencia del Psicoanálisis como perspectiva que permitiría iluminar el camino a seguir, el amparo en la ley de Salud Mental N° 26.657 y la interdisciplina como encuadre de trabajo en conjunto, permitiría construir a partir del accionar profesional una sociedad que se anime progresivamente a reconocer la subjetividad, singularidad y lo novedoso de las Infancias que emergen en ella, y así será capaz de deconstruir la idea de que todos/as tenemos el mismo derecho de ser iguales para dar lugar a la convicción de que todos/as tenemos el igual derecho a ser diferentes.



Referencias

- Abós Olivares, P. & Polaino Lorente, A. (1986). Integración de deficientes mentales educables: Un estudio de actitudes docentes. *Revista Española de Pedagogía*. 172.
- Angenscheidt Bidegain, L. & Navarrete Antola, I. (2017). Actitudes de los docentes acerca de la educación inclusive. *Ciencias Psicológicas*, 11(2). Universidad Católica del Uruguay Dámaso Antonio Larrañaga.
- Artavia Granados, J.M. (2005). Actitudes de las docentes hacia el apoyo académico que requieren los estudiantes con necesidades educativas específicas. *Revista Pensamiento Actual*, Universidad de Costa Rica. 5(6), pp. 61-70.
- Bauman, Z. (2000). *Modernidad líquida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bolaños Mayorga, E. (2014). Análisis crítico del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) a partir de los discursos y las vivencias de niños/as diagnosticados/as, padres de familia y docentes de primaria. (Trabajo de grado). Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.
- Cannellotto, A. & Luchtenberg, E. (Coord.). (2008). *Medicalización y Sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. Argentina: UNSAM.
- Congreso de la Nación Argentina. (14 de diciembre de 2006). *Ley de Educación Nacional*. [Ley 26206 de 2006]. DO: 31.062.
- Congreso de la Nación Argentina. (28 de mayo de 2013). *Ley Nacional de Salud Mental*. [Ley 26657 de 2011]. DO: 32.649.
- Congreso de la Nación Argentina. (28 de septiembre de 2005). *Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes*. [Ley 26061 de 2005]. DO: 30767.
- Dueñas G. (2013a). *Niños en peligro. La escuela no es un hospital*. Argentina: Noveduc.
- Dueñas, G. (2013b). Importancia del abordaje clínico de los problemas de aprendizaje frente a la tendencia de medicalizar a las infancias y adolescencias actuales. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 3(2), 34-54.
- Dueñas, G. (2013b). Importancia del abordaje clínico de los problemas de aprendizaje frente a la tendencia de medicalizar a las infancias y adolescencias actuales. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 3(2), 34-54.

- Dueñas, G. (2017). Cuestionando prácticas profesionales desubjetivantes en salud y educación. En Benasayag, L. & Dueñas, G. (2017). *Invencción de enfermedades. Traiciones a la salud y a la educación. La medicalización de la vida contemporánea* (pp. 145-166), Argentina: Noveduc.
- Foucault, M. (2014a). *Vigilar y castigar*. Argentina: siglo veintiuno editores.
- Freud, S. (1930). *El Malestar en la cultura. Obras Completas. Volumen XXI*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Granada Azcárraga, M., Pomés Correa, M. P. & Sanhuesa Henríquez, S. (2013). Actitud de los profesores hacia la inclusión educativa. *Papeles de Trabajo*. 25.
- Iriart, C. & Iglesias Ríos, L. (2012). Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 43, pp. 1011-1023.
- Korinfeld, D. (2005). Patologización de la infancia y la adolescencia. En Llobet, V. (2005), *Sexualidad, salud y Derechos, Ensayos y Experiencias*, Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas (pp. 88-104).
- López Molina, E. (2016). Contribuciones para un Documento Provincial sobre la Medicalización de la Infancia. En Maldonado, H. (2016), *Problemáticas críticas en el sistema educativo* (pp. 27-42), Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.
- Miguez, M. N., Alzati, L., Bedat, P., Belén, F., Furtado, N., Silva, C., Fortete, K., García, A.L. & González, L. (Agosto, 2006). "Los hijos de Rita Lina": Grupo de Estudio sobre Discapacidad (GEDIS). Trabajo presentado en V Jornadas de Investigación Científica de Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo, Uruguay.
- Reina Vaíllo, R. (2003). Propuesta de intervención para la mejora de actitudes hacia personas con discapacidad a través de actividades deportivas y recreativas.
- Rivas Rendón, L. J., & Palomino, M. C. (s.f). El diagnóstico médico en la formación de maestros para educar a niños y niñas en situación de discapacidad.
- Rivas Rendón, L. J., & Palomino, M. C. (s.f). El diagnóstico médico en la formación de maestros para educar a niños y niñas en situación de discapacidad.
- Rodríguez Sanmartín, F. F. (2014). *La actitud docente frente a los estudiantes de inclusión en el ámbito educativo. (Trabajo de grado)*. Facultad de Psicología, Universidad de Cuenca. Ecuador.
- SEDRONAR. (2008). *La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos. Informe final*. Recuperado de <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/LaZMedicalizacinZdeZlaZInfancia.ZNiozEscueaZyZPsicotropicos.ZAoZ2008.-1.pdf>



- Stolf Brozowski F. & Cucurullo de Caponi S. N. (2013). Medicalização dos Desvios de Comportamento na Infância: Aspectos Positivos y Negativos. *Psicología: Ciência e Profissão*. 33(1), pp. 208-221.
- Stolf Brozowski F. & Cucurullo de Caponi S. N. (2013). Medicalização dos Desvios de Comportamento na Infância: Aspectos Positivos y Negativos. *Psicología: Ciência e Profissão*. 33(1), pp. 208-221.
- Triandis, H. C. (1971). *Attitude and attitude change*. Estados Unidos: John Wiley & Sons.
- Untoiglich, G. (2014). Medicalización y Patologización de la Vida: Situación de las Infancias en Latinoamérica. *Nuances: estudos sobre Educação*, 25(1), 20-38.
- Untoiglich, G. (2017). Los diagnósticos en la infancia o el lecho de Procusto. En Untoiglich, G & Stavchansky, L. (2017). *Infancias. Entre espectros y trastornos* (pp. 47-62). México: Paradiso Editores.
- Vasen, J. (2017). Una nueva epidemia de nombres impropios. El DSM-IV invade la infancia en la clínica y las aulas. Argentina: Noveduc.