

ACERCA DE LAS NECESIDADES DE ADECUAR LAS PRÁCTICAS EN SALUD Y EDUCACIÓN DIRIGIDAS HACIA LAS “INFANCIAS EN PROBLEMAS” A LOS NUEVOS PARADIGMAS. UNA CUESTIÓN DE DERECHOS.

Resumen: A lo largo de este artículo se abordan distintas conceptualizaciones ligadas a los criterios de abordaje que desde el campo de la salud mental y la educación se ofrecen actualmente ante las problemáticas con las que nos interpelan cotidianamente las infancias y adolescencias “en problemas”, con el propósito de promover a la revisión de nuestras prácticas y favorecer su adecuación a los nuevos paradigmas a los que nos convocan los avances científicos relativos a estos temas. Se pretende con esto contribuir a re-orientar las intervenciones que se realizan tanto desde la clínica como desde las aulas desde un enfoque integral de la salud y la educación, que apoyado en la privilegiada perspectiva que nos brinda un pensamiento fundado en la complejidad pueda colaborar en la búsqueda de recursos inclusivos y subjetivantes, fruto de un diálogo de carácter interdisciplinario y del trabajo en redes intersectoriales, que priorice en todo momento una mirada que piense en las niñas, niños y adolescentes como “sujetos de derechos”. De manera particular, aquí se procura aportar elementos dirigidos a prevenir el avance del fenómeno de la patologización y medicalización de las infancias sobre el campo educativo, que estaría vulnera sensiblemente todos sus derechos , empeñando así su futuro.

Palabras clave: Infancia, Discapacidad, Patologización, Medicalización de la Educación, Estigmatización, Enfoque de Derechos en salud y educación.

ABOUT THE NEED TO ADEQUATE HEALTH PRACTICES AND EDUCATION AIMED TO “TROUBLED CHILDHOODS”AND THE NEW PARADIGMS. A MATTER OF RIGHTS.

Abstract: In the course of this article deals with different conceptualizations linked to the approach from the field of mental health and education and what they now offered to the daily issues attached to the childhoods and teens "in trouble". With the purpose to promote the revision of our practices and to encourage their adaptation to the new paradigms that we convene and the scientific advances relating to these topics, embodied in all national legislation in force. In doing so, it aims to contribute to re-orient the interventions that are performed both from the clinic and from the classroom through a holistic approach to health and education that supported in the privileged perspective that gives us a thought based on the complexity. That way will be able to work in the search for resources and social inclusive movements, the result of a dialog of an interdisciplinary nature and the work in intersectorial networks, which prioritizes in all times a gaze that think of children and adolescents as “subjects of rights”, in a particular way to not be "object" of pathological and medical practices that significantly undermine, pawning their future.

Key words: Children, Disability, Pathologization and Medicalization of Education, Stigmatization, Rights approach in health and education.

Forma de citar: Dueñas, G. (2016) “Acercas de la necesidad de adecuar las prácticas en salud y educación dirigidas hacia las “infancias en problemas” a los nuevos paradigmas” *Voces de la Educación*. 1 (1) pp. 13 – 23.

Gabriela Dueñas: Coordinadora del Área de Educación de la Universidad Católica de Santiago del Estero- UCSE- Sede DABA- Olivos-Buenos Aires- Argentina

Correo Electrónico: duegab@hotmail.com

Fecha recepción: 29 de diciembre. **Fecha aceptación:** 6 de enero

ACERCA DE LAS NECESIDADES DE ADECUAR LAS PRÁCTICAS EN SALUD Y EDUCACIÓN DIRIGIDAS HACIA LAS “INFANCIAS EN PROBLEMAS” A LOS NUEVOS PARADIGMAS. UNA CUESTIÓN DE DERECHOS.

Infancia y Discapacidad

Detenerse a revisar las concepciones acerca de infancia y discapacidad sobre los que se apoyan de manera preocupante en la actualidad determinados criterios de intervención a los que se apela -casi con naturalidad- como modo de respuesta a las problemáticas con las que nos requieren a diario la niñez y las adolescencias contemporáneas, parece ser una tarea impostergable con la que estos tiempos interpela a la “sociedad adulta” en su conjunto. La misma se deriva de la observación de un llamativo incremento de chicos que llegan hoy a nuestras escuelas portando certificados de “trastornos mentales” de todo tipo (generalizados, específicos, inespecíficos, etc.), como los conocidos: TGD, ADD-H, TEA, entre otros supuestos “síndromes” con los que parece que las nuevas generaciones estarían llegando al mundo, casi a modo de “epidemia”, y a partir de los cuales –además- se los somete a la administración de diversas drogas psico activas de manera combinada con programas de “adiestramiento conductual” y o dispositivos de reprogramaciones neurocognitivas .

Entendemos al respecto, y como se explicará más adelante, que los alcances de la cuestión que aquí estamos planteando trasciende, y por mucho, aquellas que emergen de ese espacio que se configura en la interfase salud, salud mental y educación, para terminar conformando un auténtico problema de carácter ético político dado que lo que están en juego son nada menos que los derechos de muchos niñas, niños y adolescentes.

Desde esta perspectiva, pensamos que, entre otras, la problemática de la determinación de “discapacidad mental” en épocas tempranas de la vida, tiempos en los que los sujetos en desarrollo están en pleno proceso de constitución psíquica y maduración orgánica, debe ser con prontitud repensada, en esta ocasión desde el “modelo social” que propone la Convención Internacional por los Derechos de las Personas con Discapacidad. Consideramos al respecto que este enfoque habilita de manera regia la posibilidad de transformar muchas de las prácticas aquí en cuestión. Aquellas que, sin demasiada conciencia, tanto desde las aulas como desde los consultorios, estarían contribuyendo a extender y generalizar el fenómeno al que venimos refiriendo, conocido ya, desde hace un tiempo, como el de la “patologización y medicalización”ⁱ de los malestares infantiles actuales. Así, podríamos avanzar en su lugar hacia su adecuación en torno a una perspectiva que los recupere, pensando en todos y cada uno de nuestros niños, niñas y jóvenes como “Sujetos de Derecho”. En este sentido, resulta oportuno en esta instancia advertir que, entre otras cuestiones, el paradigma sobre el se apoya la mencionada Convención sostiene, entre otras ideas, la importancia de dejar atrás el “estigma” de “discapacidad”, ligado a la “presunción” de “deficiencia”, atribuida o portada “a priori” por un sujeto, para promover, en su lugar, la idea de la “capacidad potencial” de todas las

personasⁱⁱ, estrechamente ligada a su vez a las posibilidades o no que le ofrezca el medio, es decir, el entorno social en el que ésta se encuentre inmersa, y del que por lo tanto dependerá que se favorezcan u obstaculicen sus singulares posibilidades de “desarrollo”, entendido éste último como proceso de construcción, siempre “en relación” con “los otros”.

En la misma línea, advertimos que, en atención a todos los avances que se vienen produciendo en materia de investigaciones en el campo de la medicina, en especial de las neurociencias y la genética, en plena coincidencia con lo que hace ya décadas adelantaban los grandes de la psicología como Freud, Piaget, y Vygostzky, entre otros, hoy es preciso pensar a la “discapacidad” no como una “limitación personal” del orden de lo “definitivo”, de lo “irremediable”, sino en términos de “procesos transitorios y relativos”, considerando para esto que su construcción ocurre en estrecha dependencia con la acogida que pueda ofrecerle su contexto social, familiar y escolar, condicionados éstos, a su vez, a variables históricas, culturales, económicas, psicológicas, pedagógicas, etc. Entendemos que este cambio de enfoque transforma la problemática de la discapacidad en la infancia, particularmente en el terreno de la salud mental, de manera radical, al considerarla no ya como una dificultad particular de “algunos” que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad que “otros”, sino como un asunto de “todos”, es decir, de carácter comunitario, que requiere por lo tanto de intervenciones interdisciplinarias e intersectoriales.

Apoyados en esta perspectiva, y tal como se anticipó, es que insistimos en señalar que la problemática de la discapacidad en la infancia debe ser repensada prioritariamente como un asunto de carácter ético político, si tenemos presente que, por su edad, éstos están en pleno proceso de maduración orgánica y de constitución de su subjetividad.

En efecto, en atención a lo que científicamente hoy sabemos, debemos considerar que las experiencias de vida por las que transitan un niño, una niña o un adolescente, ligadas a su vez a las posibilidades de ser “integrados” socialmente, por ejemplo a través de las escuelasⁱⁱⁱ son fundamentales, en el sentido de *fundantes*, en la medida que éstas experiencias dejarán marcas imborrables para el resto de sus vidas, en su modo de ser, pensar, sentir y estar en el mundo.

Hacia un cambio de Paradigma centrado en un enfoque de Derechos

En esta misma línea, resulta necesario también, tener presente que hoy toda la legislación de avanzada a nivel internacional que existe en materia de Protección Integral de los Derechos de la Niñez, nos convoca a abandonar el “Modelo Tutelar”, en el que por su “*propio bien*”, a todos los niños en general, (no sólo a aquellos que manifestaran algún tipo de dificultad derivada de un handicap motor, sensorial, mental, etc.), se los trataba como “objetos” a ser reeducados, rehabilitados, re-programados, etc., por un “Nuevo Modelo” que los piensa como “Sujetos de Derechos”, y por lo cual, se insiste en la importancia de entretejer redes de apoyo para la toma de decisiones que garanticen que los mismos no sean vulnerados. Entre ellos:

- El Derecho a la Identidad, y por lo tanto a no ser identificados con la sigla de un trastorno mental o síndrome con el que con frecuencia se los rotula.
- El Derecho a ser “escuchados”, a partir de dispositivos acordes a sus posibilidades, de modo que, sus deseos, temores, angustias, malestares y opiniones sean tenidas en cuenta, y no silenciados a partir de intervenciones de carácter disciplinadoras, que sólo buscan hacer desaparecer los síntomas, alquimia mediante, sin indagar acerca de las problemáticas a las que refieren.

- El Derecho a recibir las todas las prestaciones que, desde un Enfoque Integral de su Salud requiera. Y, de la misma manera, en Educación, como en otras esferas de la vida, *por el sólo hecho de ser niño, niña u adolescente.*

Acerca de la tendencia a patologizar y medicalizar los malestares infantiles actuales

El problema con el que hoy nos encontramos es que, a pesar de los avances mencionados en materia legislativa, que se apoyan a su vez en diversos estudios que se vienen realizando desde el campo científico, el desarrollo avasallante que se constata de prácticas “patologizadoras y medicalizadoras”, reguladas por las lógicas del biopoder^{iv}, e impulsadas por fuertes intereses del Mercado de los Laboratorios Medicinales, en los últimos años terminó impactando de lleno sobre la población infantil, de manera particular y como se anticipó, en un campo particularmente proclive que emerge de la mencionada interface que existe entre la salud, salud mental y la educación:

- Arrasando a su paso con las mismas infancias y adolescencias, sin que los propios profesionales intervinientes terminen de tomar conciencia de lo que están contribuyendo a generar con este tipo de intervenciones;
- Involucrando en estos procesos, y entre otros actores claves, a las mismas familias y a las escuelas. Cuestión ésta no menor, que está dando lugar incluso, a la reciente necesidad de referirnos a la profundización de esta problemática, ahora con un nuevo término, el de “biomedicalización”, sobre el que volveremos más adelante.

Al respecto, lo que queremos advertir, es que con este tipo de abordajes simplificadores, tecnocráticos, de fuerte sesgo bilogicista-innatista - a partir de los cuales, completando cuestionarios que carecen de valor científico alguno, como el M-CHAT, o el Conners, por mencionar alguno- se termina violentando a los niños, niñas y adolescentes. Y hablamos de “violencia” porque se tratan de intervenciones sobre las infancias de carácter profundamente desubjetivantes. Y esto es así, en la medida que, al proceder rápidamente a diagnosticarlos, “etiquetándolos” como portadores de un “trastorno mental” ligado a supuestas “deficiencias neurocognitivas” de origen “genético” (para lo cual ni siquiera se presentan pruebas), lo único que parece urgente es que comiencen a “funcionar” como el resto. Es decir, de acuerdo a expectativas fijadas a partir de parámetros estadísticos, la mayoría de ellos, incluso, importados de otros países a través de conocidos Manuales como el DSM^v

De este modo, las respectivas “rotulaciones” de TGD, TEA, ADD, DISLEXICOS etc., de las que son “objeto” no pocos niños y niñas desde muy temprana edad, y que a modo de “combo” salen acompañadas de la administración de drogas psicoactivas y programas de adiestramiento cognitivo-conductuales, insisten en la necesidad de “normalizarlos”, que *no* es lo mismo que “ocuparnos” de ellos –teniendo por meta la “Protección Integral de los Derechos de la Niñez”.

Ahondando en esta dirección, lo que desde aquí pretendemos es advertir a los profesionales que -desde la clínica y las aulas- trabajan con niños, niñas y adolescentes, acerca de la importancia de priorizar en todo momento aquellas acciones que tengan por objetivo “promover” condiciones socio-ambientales favorables, orientadas a garantizar el “desarrollo” saludable de los mismos, entendiendo por “*desarrollo*” -claro está y como se anticipó- un proceso de construcción-constitución en el que el papel de las historias y contextos de crianza y de educación, no juegan un papel menor. Asimismo, resulta importante tener siempre presente que es en aquellos mismos procesos de “*normalización*” que venimos cuestionando, a partir de los cuales lo único que se busca

es “*hacerlos funcionar como el resto, como la mayoría*”, sin medir para esto los “costos subjetivos” que pagan, que se los termina:

- Silenciando, adiestrando, re educando, re-programando. Como si en lugar de “*niños*” fueran “*aparatos*”, “*computadoras*”. Simples soportes biológicos de funciones cognitivas desarticuladas, “*disociadas*” del resto del psiquismo, de su afectividad, de sus historias y condiciones de vida sociales, familiares, escolares.
- Desconociendo a la vez algo que muy bien sabemos y es que “*la subjetividad no viene dada*”. Se entreteje de épocas y contextos. Y que estos procesos acontecen de manera particular y fundante en tiempos tempranos de la vida, a partir de la “*mirada en espejo*” que los adultos significativos de su entorno vital, le devuelven al “*niño*”, en su cotidiano familiar, escolar, social.

La estigmatización como efecto de prácticas escolares ligadas a la patologización y medicalización de las infancias y adolescencias “en problemas”.

En relación a este tema, resulta oportuno también detenerse a que consideremos que las “*expectativas*” que los adultos tengan sobre los chicos, hacen las veces de “*piso*”, como también, y como ocurre con no poca frecuencia, de “*techo*” en sus recorridos sociales, familiares y escolares. Un “*techo*” que de manera más o menos sutil, y por “*su propio bien*”, termina funcionando como “*límite*” o tope de sus posibilidades, mientras que, al mismo tiempo, y en no pocas ocasiones, tal como se viene señalando se los desoye en sus necesidades, no se entienden sus problemas, o se silencia el sufrimiento que les producen determinadas condiciones en las que viven, se crían y o se educan.

Desde esta arista de la cuestión, no se trataría entonces de ver qué hacer con ese “*alumno problema*”, catalogado de deficitario, trastornado o deficiente, Sino de pensar que – quizás- *somos nosotros los que “estamos en problemas”* por no alcanzar a comprender qué le puede estar pasando que no rinde o se conduce como los otros, como espera la escuela. Acaso, es oportuno preguntarnos si ese niño no nos está tratando de comunicar algo con sus conductas disruptivas. Mientras, en su lugar, le respondemos con una “*etiqueta*” que probablemente termine funcionándole, “*a modo de profecía auto cumplida*”, como una especie de “*estigma*” que luego lo acompañe a lo largo de toda su trayectoria escolar, o incluso en la vida, mas allá de la escuela, en otros espacios sociales.

En relación a este tema, resulta necesario tener presente que, de acuerdo a lo que señalan los ya clásicos estudios de Goffman (1998) sobre los procesos de estigmatización, es en estos casos, en los que suele darse una identificación entre aquellos que comparten un estigma, es decir, entre quienes se encuentren en la misma situación a través del contacto, de modo que se sienten así incluidos; aunque esto suponga entonces pertenecer a una categoría muy particular. Al respecto, el mencionado autor nos advertía que el término “*categoría*” es abstracto y puede ser aplicado a cualquier conjunto, en este caso, a personas que poseen un estigma particular. En estas circunstancias, gran parte de los que se incluyen dentro de una determinada categoría de estigma se pueden referir a la totalidad de los miembros con el término de ‘*grupo*’ o un equivalente, tal como “*nosotros*” o “*nuestra gente*”. Del mismo modo, quienes están afuera de la categoría pueden designar a los que están dentro de ella en términos grupales, refiriéndose a “*ellos*” como “*aquellos*”, los “*otros*” diferentes.

De esta manera, siguiendo con Goffman (Ob Cit) se marcan distancias entre los “*unos*” y los “*otros*” que promueven actitudes de discriminación y exclusión, y lo que resulta aún

mas grave, a través de la introyección de estos atributos, los pertenecientes a la determinada categoría minoritaria, terminan manifestando actitudes de autodiscriminación y o autoexclusión, de manera particular, cuando estos procesos se producen durante etapas tempranas de la vida, la infancia y la adolescencia, tiempo durante el cual, recordemos, se esta transitando por procesos en los que se esta constituyendo la subjetividad.

De la “estigmatización” a la “biomedicalización”

Resulta oportuno en esta instancia, retomando lo que se anticipó en relación al avance hegemónico del fenómeno de la patologización y medicalización de la vida, y su impacto sobre las infancias, recordar que, en los últimos años, *Celia Iriart y Lisbeth Iglesias Ríos* (2012) consideran la necesidad de comenzar a referirse al mismo en términos de la “biomedicalización”.

Al respecto, ambas autoras señalan que ante la expansión de diagnósticos y tratamientos médicos de situaciones previamente no consideradas problemas de salud, el concepto de biomedicalización^{vi} parece hoy más apropiado para dar cuenta de un nuevo giro en este proceso, dado que el mismo refiere a *“la internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los individuos mismos, no requiriendo necesariamente la intervención médica”*(...) *“Mientras la medicalización se centra en el padecimiento, la enfermedad, el cuidado y la rehabilitación; la biomedicalización implica un cambio en relación a la medicalización en tanto se pasa de un creciente control de la naturaleza (el mundo alrededor del sujeto) a la internalización del control y la transformación del propio sujeto y su entorno, transformando la vida misma”* (Op Cit).

No se trata entonces, solamente, de definir, detectar y tratar procesos mórbidos, sino de estar en “estado de alerta permanente” ante potenciales riesgos e indicios que pueden derivar en una patología. “En el caso del TDAH, por ejemplo, la disponibilidad de sencillos métodos de diagnóstico y la extensa información en Internet y otros medios puestos al servicio de los padres, maestros y profesionales no especializados facilita la difusión del mismo, el autocontrol y la vigilancia” (Iriart e Iglesias Ríos, 2012).

En relación al mismo tema, las mencionadas autoras agregan que la transformación de la medicalización en biomedicalización fue posible por la confluencia de diferentes aspectos, entre los cuales, resulta pertinente considerar ciertos cambios operados por la Industria Farmacéutica en los últimos años, que pasó de un modelo centrado en la “educación” de los profesionales de salud, en especial los médicos, para que prescriban sus productos, a otro, dirigido directamente a los consumidores. Tratándose de niños las campañas de comercialización se focalizaron en padres y maestros. En los países latinoamericanos, advierten estas autoras, *“se observa la utilización de las campañas de concientización de enfermedades usando los medios masivos de difusión pero sin nombrar la medicación, y presentaciones en ámbitos educativos o en programas de radio y televisión donde “expertos” en el tema “educan” a la audiencia para que sean capaces de identificar síntomas”*.

La industria farmacéutica también brinda apoyo financiero a asociaciones de padres y de pacientes para que difundan sus trastornos a través de sus sitios en la red (Faraones y otros, 2010). Estos mecanismos comunicacionales han facilitado la disponibilidad y masiva accesibilidad a tecnologías, incluyendo medicamentos, instrumentos diagnósticos, así como el acceso a enormes cantidades de información sobre nuevos, viejos, y redefinidos trastornos mentales, contribuyendo a crear así nuevas subjetividades, identidades y biosociabilidades.

Hacia un cambio de Paradigma que piense a la niñez desde un enfoque integral como “sujetos de derechos”

Teniendo en cuenta lo expuesto, resulta impostergable entonces, tal como anticipábamos en la introducción, insistir en la importancia de revisar nuestras concepciones acerca de la “niñez” o “infancia”, y junto a ella, las de “discapacidad” y “desarrollo”, repensando al mismo tiempo, qué entendemos por “salud”, salud mental. Y en relación a esto último, de manera particular, advertir cómo, con frecuencia, confundimos este concepto con el de “normalidad”, un término propio mas bien de otra área del conocimiento, la estadística, con el propósito de hacer efectiva una transformación en nuestras ideas acerca los niños, niñas u adolescentes. Particularmente las referidas a aquellos que -por manifestar conductas que NO encuadran con las “expectativas escolares- médicas- o psicológicas convencionales”- derivadas de algún padecimiento psicosocial, ligado o no a un determinado handicap motor, sensorial o de cualquier tipo, continúan siendo pensados como “objetos” de prácticas de salud y educativas, en lugar de ser “escuchados” y “atendidos” como “Sujetos de Derechos”.

Advertimos al respecto que, lo que resulta necesario promover en estos tiempos de “cambio de paradigmas”, en los que los viejos conceptos resisten, y sobreviven en muchas de nuestras prácticas, es el “pasaje” del “modelo biomédico” y rehabilitador- re educador, a uno que propicie el reconocimiento de las problemáticas que “denuncian”, como pueden, muchos chicos “en situación de mayor vulnerabilidad”. Sólo así, podremos empezar a pensar sus expresiones y conductas disruptivas, no como simples^{vii} efectos de “deficiencias biológicas portadas por los mismos”, sino como algo del orden de lo “producido” en la “convivencia” con los “otros”, nosotros.

Ahora bien, resulta necesario detenernos una vez más, en esta ocasión sobre este último punto mencionado, para advertir junto a todo lo que aquí se viene planteando, y de lo que se deriva la necesidad de transformar urgentemente muchas de nuestras prácticas, que esta tarea sólo será posible a partir de espacios de diálogo interdisciplinario e intersectorial, que promuevan el empoderamiento comunitario en el abordaje de la diversidad de problemáticas con las que hoy, tal como se anticipó, nos interpelan como sociedad adulta, no pocos niños, niñas y jóvenes.

Recordemos al respecto que, retomando lo que se dijo anteriormente, las “*discapacidades mentales*”, lejos de tratarse de “trastornos individuales”, “particulares”, y determinados de manera exclusiva y lineal por variables biológicas, puedan asumirse como “expresiones singulares y contextualizadas de malestar y sufrimiento psíquico” derivados de problemas que de una u otra manera nos involucran a todos. Y en el que las familias, las escuelas, los medios de comunicación, las nuevas tecnologías informáticas y las lógicas del Mercado regulando la vida social y cultural, interactúan con lo biológico, y entre sí, como variables que se constituyen como las principales condicionantes de su emergencia.

Desde esta perspectiva, es que pensamos a la Salud Mental como una cuestión que no les compete sólo a “algunos”, sino a todos y a cada uno, comprometiendo transversalmente todos los ámbitos por donde habitan y circulan los niños, las niñas y adolescentes. Al respecto, las escuelas, no pueden insistir en permanecer al margen; ni tampoco dejarse marginar por ciertos sectores corporativistas del campo de la salud, salud mental, que insisten en delimitar territorios, instalando al mismo tiempo criterios jerárquicos de raigambre positivista en relación a la portación de supuestos saberes omniscientes acerca de la niñez. Estas lógicas imposibilitan el diálogo interdisciplinario y el trabajo intersectorial, principales herramientas a las que, como anticipábamos, tenemos que recurrir ante la complejidad de las problemáticas con las que hoy nos interpelan niños,

niñas y jóvenes tanto desde las aulas, como desde la clínica, como así también desde sus casas, en las calles y hasta en los shoppings.

Acerca del papel de las escuelas como garante de los Derechos de la niñez.

Las infancias son producto de nuestras historias, y su “presente”, encarna nuestro futuro como sociedad. Por esta razón es que insistimos en que los problemas o dificultades que manifiestan son un asunto que nos compromete “a todos”, más allá del lugar que como adultos nos ocupe a la hora de salir al encuentro con ellos. Como comunidad, debemos hacernos cargo. De lo contrario, los estamos dejando “desamparados”, en manos de las lógicas tecnocráticas que nos propone el Mercado, siempre “renovadas” tanto en Salud como en Educación.

En este sentido, y refiriéndonos ahora de manera particular al campo educativo, proponemos :

- > Pensar en las “dificultades” que manifiestan no pocos escolares, en términos de “problemas escolares”.
- > Cuestionar esas etiquetas con las que llegan hoy a nuestras aulas, tantos chicos rotulados de TGD, ADD-H, DISLEXICOS, etc. Etiquetas sobreañadidas con frecuencia unas a otras, en términos de comorbilidades^{viii}.
- > Dejar de pensar que sólo “ciertos” niños tienen necesidades educativas especiales. Todos los niños y niñas tienen “necesidades educativas especiales”. Y de las otras también. Cada niño, niña u adolescente es un ser único, cuya singularidad es producida por su historia y contexto de vida, y nosotros, sus adultos, debemos garantizarles su “cuidado” y “atención” en todos los aspectos. Para esto tenemos que poder “escucharlos”, recordando que el lenguaje privilegiado de los más pequeños es el “juego”, y que, como nos advertía F Doltó, *“allí donde el lenguaje se detiene, lo que sigue hablando es la conducta”* (Dolto 1987). Sólo así, garantizándoles espacios adecuados de “escucha”, podremos “entenderlos” y “atenderlos”. Y que la “atención” que reciban no tenga que ser “a cambio de un “alto costo” subjetivo, cargado “a su cuenta” a través -por ejemplo- de la tramitación de “Certificados de Discapacidad”, como los que con tanta frecuencia se les solicita para brindarles los servicios de salud, sociales y educativos que requieren para hacer así efectivos sus “derechos”. Como si las *“dificultades de acceso”* a una atención digna en materia de Salud y Educación, pensada como “discapacidad”, fuera *de ellos*, y no nuestra. Porque parece que sólo de este modo podemos garantizarles estos derechos fundamentales. Esto no es justo para nuestras infancias y adolescencias. Y sin justicia no se puede educar, ni curar. Y no es justo porque, vale insistir con esta idea, por el sólo hecho de ser niña, niño u adolescente, todos sus derechos debieran ser promovidos y garantizados de manera integral.

Recapitulando.

Para hacer frente a la compleja situación que en este trabajo se intentó esbozar en relación al avance sobre el ámbito escolar de prácticas ligadas al preocupante fenómeno de la patologización y medicalización de los malestares infantiles actuales, desde aquí consideramos de fundamental importancia hacer hincapié en las siguientes líneas de acción:

- Promover el trabajo interdisciplinario e intersectorial entre los docentes y otros profesionales de áreas de la salud, salud mental y afines, que los acompañan en su tarea.

- Fomentar la creación de espacios de reflexión y formación docente donde éstos puedan contar con tiempos y espacios que les permitan ahondar en la comprensión de los complejos procesos que en la actualidad van configurando la subjetividad de los escolares que hoy habitan sus aulas.

- Propiciar en el colectivo docente y entre otros profesionales afines, el desarrollo de la capacidad de revisión de sus prácticas, a partir del análisis crítico de los discursos sobre los que sostienen, teniendo particularmente en cuenta la importancia de identificar en ellos, aquellas expectativas acerca de sus alumnos que aparecen ligadas a la presencia de elementos estigmatizantes de los escolares en problemas.

Para finalizar, incorporamos a la reflexión un último aporte, en esta ocasión de Van Dijk (2005) referido al concepto de “ideologías”, que seguramente contribuirá a visibilizar cómo éstas legitiman ciertos discursos que circulan hoy en el ámbito escolar:

“Se han definido las ideologías como las creencias fundamentales que subyacen en las representaciones sociales compartidas por tipos específicos de grupos sociales. Estas representaciones son a su vez la base del discurso y otras prácticas sociales. También se ha dicho que las ideologías son principalmente expresadas y adquiridas a través del discurso. Esto es, por interacción comunicativa hablada o escrita. Cuando los miembros de un grupo explican, justifican o legitiman sus acciones (grupales), lo hacen por lo tanto en términos de discurso ideológico” (Dijk, V. Ob Cit5).

La pregunta que se nos impone entonces, y a modo de cierre, luego de haber considerado los efectos estigmatizantes que sobre las infancias conllevan las prácticas patologizadoras y medicalizadoras en el campo educativo, refiere ahora, no ya a sus consecuencias, sino a sus fundamentos e implicancias: ¿A qué ideología responden? ¿Sobre qué concepciones antropológicas, epistemológicas, éticas y políticas se apoyan? ¿Qué hay de viejo, detrás de estas aparentemente nuevas prácticas discursivas que se nos proponen en manuales escritos en inglés?.

BIBLIOGRAFIA

- Dijk, Teun A. Van. (2005). Utopía y Praxis Latinoamericana Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría social. Año 1. N. 29 (Abril-junio). Maracaibo-Venezuela.
- Dolto, F. (1987) “Las relaciones dinámicas inconscientes padres-hijos, su valor estructurante sano o patógeno, Gedisa.
- Dueñas, G. (2013) “Niños en peligro. La escuela no es un hospital”. Ed Noveduc. Bs As.
- Dueñas, G (2007) “Y por la escuela... ¿cómo andamos?” en Benasayag y otros. “ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado? Editorial Novedades Educativas. Buenos Aires.
- Dueñas, G. (2014)- "Paradojas de las Escuelas Inclusivas"- Revista Aprendizaje Hoy. Bs As.
- Foucault, Michel (2002) Vigilar y Castigar. Ed. Buenos Aires.
- Freud, S (1916-17). “Algunas perspectivas sobre el desarrollo y la regresión”. “Conferencias de Introducción al Psicoanálisis”. Obras completas. Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu editores
- Goffman, Erving (1998) Estigma. Identidad deteriorada. Amorrortu. Buenos Aires
- Iriart, C, e Iglesias Ríos (2012) “Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad” en Interface. Comunicación, salud y Educación. Vol 16. Numero 43. Brasil, Oct/Diciembre

- Morin, E. (2003), *Introducción al pensamiento complejo*, Barcelona, Gedisa.
- Rodulfo, Ricardo (2008) *“Futuro porvenir”*. Ed Noveduc. Bs As.
- Ministerio de Cultura y Educación de la Nación y UNESCO (2001). *Carpeta Necesidades Educativas en el Aula*. NEA

ⁱ Con el término “medicalización” se está haciendo referencia a un fenómeno mundial, en plena expansión, por el cual, desde una perspectiva simplificadora y de fuerte sesgo biologicista, se apela de manera abusiva a recursos propios de la medicina con la promesa de resolver por esta vía problemáticas humanas complejas e incluso de otro orden, como por ejemplo aquellas ligadas a factores psico sociales, económico, culturales, pedagógicos, etc. que resultan así invisibilizados. El mismo aparece estrechamente ligado a procedimientos de patologización, es decir, de concebir como “enfermedades” todas aquellas conductas que no respondan a estándares pre establecidos por manuales descriptivos estadísticos como el conocido DSM. Gran parte de los desarrollos que se ocupan de analizar críticamente esta problemática abrevan fundamentalmente en diversos estudios sobre el Biopoder de M. Foucault.

ⁱⁱ Más aún durante la niñez.

ⁱⁱⁱ Y que no es lo mismo que estar simplemente “incluidos” en una escuela.

^{iv} Siguiendo para esto los desarrollos de M Foucault.

^v El DSM es el Manual estadístico descriptivo de “Trastornos Mentales” propuesto por la Asociación de Psiquiatras Americanos” que, en sus distintas y renovadas versiones, y a pesar de no contar siquiera con el aval oficial de su propio país de origen, EEUU, gracias al impulso que recibe a nivel internacional de parte de la Industria Farmacéutica, se ha ido instalando de manera progresiva y tan sostenida en casi todo el mundo que, en algunos países latinoamericanos, como en Argentina por ejemplo, lo han dado en llamar la “Biblia” actual de los profesionales de la salud mental.

^{vi} Acerca de este tema, cabe señalar que fueron Clarke (2010) y colegas quienes desarrollaron el concepto de biomedicalización basándose en la teoría foucaultiana del biopoder y en desarrollos posteriores realizados por Rabinow (en Crary y Kwinter, 1995).

^{vii} En el sentido de “lineales”, tal como se sostenía desde antiguos criterios científicos, hoy perimidos, que pretendían explicar la realidad, lo humano, en términos mecanicistas de: causa- efecto; estímulo-respuesta.

^{viii} En ocasiones, incluso, montadas a síndromes, como sucede en muchos casos, por ejemplo con el Síndrome de Down, al que se le atribuyen, con naturalidad, otros, como el de ADD-H; o a la insólita asociación entre la Mielomeningocele con una discalculia, supuestamente de origen neuro-genética.