



Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Ciencias de la Educación y Psicopedagogía
Trabajo final de la carrera de Licenciatura en Psicopedagogía

Biomedicalización: Un paradigma que atraviesa el tratamiento en los problemas de aprendizaje.

Alumno/a: Natalia Carolina Orgoñez

Sede: Centro

Mes/año: Diciembre/2019

Resumen:

El objetivo general de este trabajo es analizar el posicionamiento de psicopedagogo/as que se desempeñan en el ámbito clínico en relación a la problemática de la patologización y de la medicalización de la infancia.

El método de investigación utilizado fue cualitativo. La población escogida para la recolección de datos fueron psicopedagogas del ámbito clínico de la ciudad de Azul.

Se realizaron diez entrevistas a diferentes profesionales, que constaron de diez preguntas específicas determinantes para la investigación.

Una de las conclusiones más relevantes consideradas a partir de aquellas profesionales entrevistadas desde el enfoque psicoanalítico, fue que los psicofármacos deben ser un recurso dentro de un abordaje interdisciplinario que tenga en cuenta las dimensiones apócalas, institucionales, familiares y singulares, sin dejar de lado la subjetividad de la persona. Por otra parte también se llegó a la conclusión de que lo indispensable para mejorar la situación que está atravesando la niñez es un correcto diagnóstico y tratamiento de patologías, siempre tomando en cuenta el contexto y la subjetividad de cada sujeto, logrando así no catalogar erróneamente conductas que no conforman una enfermedad, así como también lograr un correcto diagnóstico diferencial para no confundir patologías.

Por otra parte, se pudo concluir a partir de las entrevistas y la investigación realizada que frente a una situación crítica la medicación muchas veces cumple el rol clave de calmar el clima del aula. La medicación, no sólo resulta un ultimátum por parte de la escuela sino que se percibe eficaz para descomprimir una situación que afecta al niño, su grupo de pares, familia y escuela.

Sin embargo, frente a situaciones similares aparecieron testimonios que ponen el foco en lo que la pastilla encubre o bien, se le cuestiona su efecto sobre el cuerpo y la subjetividad del niño, por lo cual se concluye que la temática principal del trabajo es una cuestión de debate constante inclusive en el ámbito educativo.

Palabras claves:

Biomedicalización- Medicalización - Trastorno de déficit de atención-
Patologización- Psicofármacos- Diagnóstico- Tratamiento.

Índice:

Resumen:	1
Palabras claves:	2
Introducción:	2
1- Antecedentes de investigación	3
2- Psicopedagogía Clínica	11
3- Paradigmas de la Psicopedagogía	15
I. <i>Corriente Psicoanalítica:</i>	17
II. Corriente constructivista:	19
III. Corriente cognitivista:	21
3.1- Punto de vista psicoanalítico	24
4- Medicalización de la infancia:	27
5- Encuadre metodológico	32
Problema:	32
Objetivo general:	32
Objetivos específicos:	32
Entrevista, ámbito clínico (Psicopedagoga/o)	33
6- Análisis:	34
7. Conclusión:	47
8- Bibliografía:	50

Introducción:

En el presente trabajo se aborda el tema la biomedicalización: paradigma que atraviesa el tratamiento en los problemas de aprendizaje.

Este trabajo pretende repensar el rol de la psicopedagogía sobre los pacientes cuyos problemas de aprendizaje se encuentran medicalizados, valorando que este término nos insita a posicionarnos en el pensamiento de problemáticas complejas socio-familiares y escolares que no todas deberían ser tratadas en realidad como supuestas deficiencia o trastornos neurocognitivos de causa genética, en donde la única solución posible que se propone es limitarse a tratamientos centrados en la administración de fármacos psicoactivos.

Ante esta temática surge el siguiente cuestionamiento: ¿Cómo se enfrenta dicha problemática desde el rol psicopedagógico? ¿Cómo se vinculan el ámbito escolar y el espacio clínico, en dicha problemática?

Lo dicho hasta aquí supone que previamente surgieron determinados interrogantes a fin de llevar a cabo la investigación:

- I. ¿Cómo surge este nuevo concepto de biomedicalización?
- II. ¿En qué casos podemos hablar sobre biomedicalización?
- III. ¿Qué opinan los psicopedagogos sobre este conocimiento?
- IV. ¿Conocen sobre él?
- V. ¿Condiciona e influye en el diagnostico psicopedagógico?

Para llegar a cabo esta investigación se realizará un sondeo de diversas páginas webs y se entrevistará a psicopedagogos/as que estén especializados en el ámbito clínico.

La finalidad de esta investigación es acercarse a esta problemática que implica el etiquetamiento, que además no es el único obstáculo que debemos enfrentar sino también al uso de fármacos que ocultan los malestares de la infancia actual, como también considerar la importancia de la temprana edad en donde se suele diagnosticar de esta manera sin tener en cuenta que la persona está en pleno proceso de constitución subjetiva.

La transformación de la medicalización en biomedicalización fue posible por la unión de diferentes aspectos entre los cuales se destaca la masiva entrada del capital financiero en el sector salud y los reacomodamientos que el complejo médico-industrial realizo para recuperar liderazgo ante esta nueva situación.

El aumento de niños diagnosticados resulta correlacionarse con las estrategias que el complejo médico-industrial, especialmente la industria farmacéutica, genero para contrarrestar las reformas que el capital financiero desarrollo, a partir de la década del noventa, con su entrada como administrador de programas de salud y planes de cobertura de atención médica. Dichas reformas se desarrollaron primero en Estados Unidos y luego se expandieron a cuantiosos países de América Latina, Asia y Europa.

Esto fue estudiado intensamente por Cecilia Iriart, socióloga y especialista en Salud Colectiva y Sanitarismo de la Universidad de México.

“Mientras la medicalización se centra en el padecimiento, la enfermedad, el cuidado y la rehabilitación; la biomedicalización se enfoca en la salud como un mandato moral que internaliza el autocontrol, la vigilancia y la transformación personal. La biomedicalización implica un cambio en relación al concepto de medicalización, en tanto se pasa de un creciente control de la naturaleza (el mundo alrededor del sujeto) a la internalización del control y transformación del propio sujeto y su entorno, transformando la vida misma” (Iriart, 2012, pág. 6). Esto es lo fundamental ya que precisamente la biomedicalización implica el concepto de medicalización pero lo radicaliza.

En este sentido, el objetivo general de este trabajo es analizar el posicionamiento de psicopedagogo/as que se desempeñan en el ámbito clínico en relación a la biomedicalización de la infancia. Para ello, se realizarán entrevistas en profundidad con los casos seleccionados.

1- Antecedentes de investigación

La cuestión de la biomedicalización de los problemas de aprendizaje ha sido poco abordada con esta expresión ya que lo que más predomina es la utilización del término medicalización o patologización de la infancia.

Los investigadores y especialistas del campo de la Sociología y Psicología son quienes mayormente han abordado esta problemática.

Uno de los trabajos de referencia es el estudio de Cecilia Iriart (2012) quien aborda la cuestión desde la sociología e indaga sobre las diferencias entre medicalización y biomedicalización. La autora profundiza en el contexto de emergencia de la biomedicalización. También analiza la importancia que para ella tiene este concepto para entender el actual modelo médico hegemónico y las

consecuencias que tiene en la reconfiguración del proceso salud-padecimiento-atención.

Por otro lado, se detiene en utilizar como ejemplo de análisis al trastorno de déficit de atención con y sin hiperactividad, realizando sus aportes desde la salud colectiva (una corriente de pensamiento crítica hacia la salud pública).

Entre sus principales aportes se encontró los contextos y conceptos sobre medicalización y biomedicalización y El trastorno de Déficit de Atención con y sin Hiperactividad como analizador de la biomedicalización.

Cecilia Iriart para definir esto, considera la utilización de un artículo realizado con su colega Iglesias Ríos.

Estas autoras consideran que el TDHA es un problema que empieza adquirir nueva visibilidad a partir del año 2000. El creciente aumento de publicaciones en revistas académicas sobre dicho tema comienza a crecer en ese periodo, como también la generalización del uso de cuestionarios breves para el prediagnóstico, los que se ponen en manos de la población en general, principalmente padres y maestros, a través de revistas de divulgación y sitios en la red.

Se puede decir que los medios de transmisión masiva ofrecen cada vez más espacios para publicar datos alarmantes del aumento de la prevalencia de este trastorno y se propaga la idea de que es un problema subdiagnosticado.

Organismos de salud pública como el CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos) se involucran cada vez más en la difusión de datos de prevalencia, descripción del trastorno, tratamientos, conexiones a portales de organizaciones de familiares y pacientes, herramientas para que el público entienda el problema y difunda la información entre familiares y conocidos.

“Se transforma al sufrimiento infantil en un desbalance bioquímico de fácil diagnóstico, del que hay que estar alerta para controlarlo en base a medicamentos y/o tratamiento del niño, en lugar de repensar la situación de infancia en el contexto del avance de procesos de transformación profunda de la vida a escala planetaria y de reconfiguraciones y disputas capitalistas” (Iriat, 2012, pág. 11)

Cecilia Iriart considera que esta propagación de información crea por un lado que los padres y maestros se sientan aliviados, no son ellos el problema ni su niño tiene un problema psicológico difícil de resolver y del que pueden sentirse responsables, muy por el contrario dice la autora, el niño tiene un desequilibrio que se puede resolver con medicación.

Por otra parte sustenta que la industria farmacéutica es la más interesada y amplía sus estrategias manifiestas y encubiertas para avanzar y consolidar el proceso. Iriart sostiene que lo que muchas veces queda oculto también es que numerosos de los mecanismos de difusión son financiados por las farmacéuticas que producen los medicamentos.

Una investigación relevante sobre el tema en cuestión es el cuestionamiento que se plantea Iriart sobre: ¿Por qué sostener que la resignificación del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad se puede introducir en un proceso de biomedicalización?, esto mismo se basa en que los fenómenos de medicalización se originan en un contexto socio-económico-ideológico muy disímil, considera la autora, lo cual no significa que ya no se generen procesos de medicalización si no que la biomedicalización es producto de disputas intercapitalistas muy diferentes. Entre sus importantes resultados se encontró que estos procesos se vinculan en el nivel macro con las estrategias que el complejo médico-industrial, especialmente la industria farmacéutica, generó a partir de la década del noventa, para contrarrestar las reformas que el capital financiero desarrollo al entrar como administrador de programas de salud y planes de cobertura de atención médica.

Estos procesos incluyen la transformación de los pacientes y/o sus familiares en consumidores activos con el derecho de recibir información de otras fuentes, más allá de los profesionales de salud e incluso consumir productos sin intervención de un prescriptor.

Son cuantiosos los productos y servicios que la industria farmacéutica promueve bajo el concepto de “educar al consumidor” para impedir riesgos de enfermar, que no solicitan la mediación del profesional de salud para su consumo. De este modo, la industria ha desarrollado herramientas para enseñar a los pacientes cómo influenciar a los médicos y otros profesionales de salud para que les prescriban *el producto deseado*. Los jóvenes son principalmente vulnerables a este tipo de mensajes.

Por otro lado la autora señala que la entrada de capital financiero en la sección de salud ocasionó innovaciones en los agenciamientos subjetivos, producto de las disputas por la hegemonía del sector y por los reagrupamientos capitalistas entre ambos tipos de capital. El proceso de penetración del capital financiero en el sector salud implantó nuevos actores sociales, cambios en la regulación del sector y nuevos modelos de seguro que impactaron directamente la administración y el abastecimiento de servicios.

A finales de los ochentas e inicios de los noventas, los profesionales de la salud, los administradores de servicios y las compañías productoras de medicamentos y tecnología médica estuvieron impactados por las transformaciones gerenciales asignadas por la masiva entrada del capital financiero en la sección de salud, tanto nivel administrativo como en la provisión de servicios.

La autora afirma que “En la ambición de disminuir gastos para aumentar las ganancias, el capital financiero inspeccionó a los prescriptores, especialmente los médicos, en quienes las farmacéuticas habían centrado sus esfuerzos de captura para expandir el consumo de sus productos” (Iriart, 2012, pág.26.). Ante esta situación que se establece con fuerza en los noventa, la industria de bienes y servicios en salud redirecciona sus estrategias de ampliación de consumo dirigiéndolas directamente a los potenciales usuarios.

A partir de esto se puede decir que la noción de consumidor que el capital financiero había elegido para expandir su operatoria en el sector salud, fue resignificado por la industria farmacéutica al disputar su parte en el denominado mercado de salud.

La autora sostiene que la salud pública ha favorecido considerablemente en fundar estos procesos de medicalización, capturando temas que solo en sus efectos podríamos decir que tienen consecuencias para la salud pública. “Los programas de salud pública apuntan a resolver el síntoma, no la causa” (Iriat, 2012, pág. 5)

La biomedicalización, por su parte, presume la internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los sujetos mismos, no requiriendo necesariamente la intervención médica. No se trata solamente de definir, redefinir, revelar y tratar procesos mórbidos, si no de que la población esté informada y alerta de potenciales riesgos e indicios que pueden derivar en una patología. “Con la biomedicalización se pasa de un creciente control de la naturaleza (el mundo alrededor del sujeto) a la internalización del control y transformación del propio sujeto y su entorno transformando la vida misma” (Iriat, 2012, pág. 6)

Según lo investigado, fueron dos los procesos que posibilitaron el pasaje de la medicalización a la biomedicalización, por una parte, la posibilidad de masificar el consumo de biotecnologías, incluyendo medicamentos e instrumentos diagnósticos. Por otro lado, los progresos en computación y comunicaciones que facilitaron, tanto la captura de grandes cantidades de datos de salud por parte de las corporaciones, como la difusión masiva de información sobre enfermedades, padecimientos y riesgos, y las formas de detectarlos y prevenirlos. Un claro ejemplo son los

cuestionarios cortos que se difunden entre el público en general y la comunidad educativa para prediagnosticar el TDHA.

Estos fenómenos suministraron la creación de nuevas subjetividades, identidades y biosocialidades en torno al proceso salud-padecimiento-atención. Las redes sociales especialistas en temas de salud ocupan un lugar notorio en este proceso. Se puede decir que algunas de estas redes han sido fundadas por reales usuarios, otras por industrias, así como por asociaciones de pacientes y familiares, varias de las cuales han sido incorporadas por la industria farmacéutica y de tecnología, vía el apoyo financiero que proporcionan.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad sirve como analizador de la biomedicalización de la niñez porque es un trastorno que se determina con diferentes nombres desde las primeras décadas del siglo XX y que se medica desde la década del 50, creando un problema que se puede encuadrar en el concepto de medicalización de la infancia.

En la actualidad es de máxima difusión los signos y síntomas a detectar, los mismos se encuentran por ejemplo manifestados en materiales dirigidos a educadores y portales en la red, lo cual desfavorablemente ha creado una nueva subjetividad en torno al niño inquieto, travieso y soñador, con necesidades educativas diferentes o que son sus conductas disruptivas trata de llamar la atención sobre situaciones que lo afectan.

La misma cuestión, pero desde un enfoque similar es desarrollada en un trabajo de Gabriela Dueñas, Doctora en psicología, Licenciada en Educación y psicopedagoga.

En su artículo “La biomedicalización de los malestares en las Infancias Actuales” comienza preguntándose si la patologización y medicalización de la infancia, fenómeno en generoso incremento en los últimos años, ¿debería ser considerado como una de las tantas formas de ejercicio de una suerte de “violencia simbólica” que sociedades como la nuestra ejercen sobre los niños, niñas y adolescentes?

Esta autora considera a partir de los estudios realizados sobre el tema, destacar sobre Clarke que el proceso de transformación de la *medicalización* en *biomedicalización* fue posible por la confluencia de diversos aspectos. En el caso de las enfermedades y trastornos mentales como el ADD, TGD, TEA, etc., lo que las farmacéuticas hicieron, según la autora, fue expandir el mercado desplegando nuevos

mecanismos comunicacionales para que se internalice el *problema* como un *trastorno* subdiagnosticado y que puede ser controlado por fármacos.

Para esto considera Dueñas, que la industria paso de un modelo centrado en la educación de los profesionales de la salud, específicamente los médicos para que prescriban sus productos, a otro encaminado directamente a los consumidores.

Teniendo en cuenta que el foco son los niños, las campañas de comercialización se focalizaron en los padres y maestros.

Esta autora, da el ejemplo de lo que sucede en países latinoamericanos, donde la utilización de campañas de concientización de enfermedades, es a partir de los medios masivos de difusión sin nombrar la medicación, como también las presentaciones en ámbitos educativos o en propagandas de radio o tv donde *expertos* en el tema *educan* a la audiencia para que sean capaces de identificar los síntomas.

“Estos espacios de información son mantenidos inclusive por organizaciones gubernamentales que ofrecen a los usuarios a suscribirse para recibir noticias y actualizaciones sobre distinto tipo de “trastornos”, “síndromes” o “deficiencias cognitivas” como el *fracaso escolar* ADD-H, el TGD, el TEA y ahora también la re-editada “Dislexia” a la que ahora se la explica a partir de una supuesta deficiencia “cromosomática” (Dueñas, pág. 6).

La industria farmacéutica según esta autora también brinda apoyo financiero a asociaciones de padres y de pacientes para que circulen sus trastornos a través de diferentes sitios en la red.

Remitiéndose a todo esto Dueñas cita a Silvia Bleichman (1999) con la siguiente frase: “Una vez que un enunciado cobra carácter público y se asienta, en un momento histórico, como ideología compartida, es raro que alguien se pregunte por su cientificidad e intente poner a prueba sus formulaciones de origen”.

Considerando lo nombrado anteriormente, aquellos niños, niñas y jóvenes que presentan modos de ser y estar en el mundo, de jugar, comunicarse y aprender diferentes a las expectativas normativas de una sociedad que tiene ajustados los patrones de lo que se considera *normal*, estarían ligados a la exclusión a un futuro en lo social y económico.

Por último Gabriela Dueñas remite que el tema de la patologización y medicalización, debiera advertirnos, además, acerca de los *efectos seductores* que tienen determinadas drogas psicoactivas complementadas con frecuencia de programas multidisciplinarios de adiestramiento conductual para el medio escolar y familiar, ya que resultan muy eficaces en eliminar o reducir al máximo las molestias

y trabajos que causa un niño en desorden más o menos permanente. Pero no hay que perder de vista que este tipo de intervenciones constituyen acciones de efecto exclusivamente sintomático; que no modifican nada de fondo, y que además, tienen serios efectos secundarios. Entre ellos, un asunto no menor que no se puede dejar de considerar es que induce a las adicciones en la medida que la solución rápida que se les propone para todos tipo de dificultades y o malestares escolares, familiares o sociales parecen venir de la mano de alguna *pastillita mágica*.

“Nuestra prioridad siempre y en todo momento, desde la clínica como desde las aulas, debiera ser escuchar al niño o adolescente, cómo éste pueda expresarse, de modo de poder entender lo que le puede estar pasando y así atenderlo como se merece, respaldándonos para esto en toda la nueva legislación vigente a nivel nacional cuyo paradigma, lejos ya de considerarlos como “objetos de tutelaje”, hoy los reivindica y de manera privilegiada como Sujetos de Derechos” (Dueñas, pág. 10)

Por último la misma cuestión, desde un enfoque similar es arribada por Silvia Faraone, Lic. En Trabajo Social, investigadora del Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Dicha autora en el ensayo titulado: “La industria farmacéutica en los procesos de medicalización en la infancia” detalla las siguientes cuestiones:

Faraone considera que los procesos de medicalización de la infancia se han instalado en la cotidianidad de la vida social y colectiva de un manera veloz y con una profundidad hasta el momento poco conocida. Esto implica según la autora que una radicalización y transformación de la medicalización hacia nuevos procesos de medicalización con intervención de actores sociales resignificados en nuevos escenarios.

En su artículo se describe el rol que ha tenido la industria farmacéutica en el avance de los procesos de medicalización en la infancia a partir de un analizador, el Trastorno de Déficit de Atención con y sin Hiperactividad. Según Faraone se entiende por analizador una situación o un problema que al ser abordado hace visible una lógica de construcción social que trasciende esa situación o problema, ya que permite abordar las estrategias múltiples que se adecuan a este proceso.

Por otra parte la autora considera que pensar en el TDA/H como analizador por varias razones: la primera, porque el blanco de las acciones es el niño, sujeto que históricamente ha estado en el centro de las estrategias de la medicalización, segundo porque reformula un viejo problema, la conducta infantil, en términos acordes a las

nuevas formas de gestión del disciplinamiento de las poblaciones, por eso, las técnicas que se despliegan pueden extenderse como metodología para el tratamiento de otras situaciones problemas o faltas de adaptación a los modelos socialmente esperados y aceptados, por último porque esta estrategia de medicalización incluye medicación (psicoestimulante) en su tratamiento, lo cual abre una serie de consideraciones en relación al rol de las industrias farmacéuticas y la difusión de los fármacos como solución naturalizada.

A grandes rasgos la autora considera que la medicalización como proceso histórico viene siendo abordado desde hace varias décadas y en múltiples campos y tradiciones de pensamiento: médico, antropológico y sociológico, entre otras. La medicalización refiere al proceso progresivo mediante el cual el saber y la práctica médica incorporan, absorben y colonizan esferas, áreas y problemas de la vida social y colectiva que anteriormente estaban reguladas por otras instituciones, actividades o autoridades, como la familia, la religión, etc.

Por ultimo cabe destacar que en el artículo de la Doctora Faraone se profundiza en la descripción de las estrategias utilizadas por la industria farmacéutica para consolidar dichos procesos de medicalización a partir del análisis de los mecanismos de marketing que desarrollan y la implicancia que dichos mecanismos tienen en la configuración de subjetividad del padecimiento y de sus formas de abordaje.

En conclusión el término de biomedicalización se presenta como una recriminación referida al abuso que se hace de ciertos recursos propios de la medicina para intentar resolver rápidamente problemáticas de otro orden. Esto tiene como consecuencia la promoción de prácticas que terminan vulnerando, desde una perspectiva integral, no solo la salud de las personas, sino también sus derechos en general.

En cuanto al objetivo de la investigación, este no está sujeto de ninguna manera al cuestionamiento a la medicina, ni al avance de los conocimientos y la tecnología médica y farmacológica. Tampoco se pretende cuestionar de manera generalizada a la psiquiatría, ni la administración de psicofármacos cuando éstos se precisan, dado que sin más los mismos han favorecido a mejorar la calidad de vida de muchas personas que atraviesan por situaciones de gran sufrimiento psíquico.

El punto clave de esta investigación es dar cuenta de este nuevo término de biomedicalización al espacio de la psicopedagogía, sin invadir el pensamiento crítico ajeno, pero sí dando a conocer que esta problemática se torna grave cuando nos detenemos a pensar como psicopedagogos, que este tipo de políticas medicalizadoras

promovidas por los intereses de ciertos sectores del mercado, parecen estar en los últimos tiempos focalizando su atención en un sector de la población particularmente vulnerable; niños, niñas y adolescentes, cuyo psiquismo, como se definió al comienzo, está en pleno proceso de construcción, y de cuyos vaivenes, con y en relación con los otros, dependerán precisamente el desarrollo de sus funciones cognitivas y la definición de su identidad.

2- Psicopedagogía Clínica

Hoy la Psicopedagogía es, según Marina Müller, un campo extensísimo, aun no delimitado en todas sus posibilidades, que estudia y trabaja los aprendizajes sistemáticos y asistemáticos.

La Psicopedagogía abarca la educación académica en todos sus niveles, y la educación familiar, vocacional, ocupacional y laboral; se ocupa de la salud mental, en cuanto aprender implica afrontar conflictos, construir conocimientos y muchas veces padecer perturbaciones. Incluye el estudio de las estructuras educativas, sanitarias y laborales en cuanto promueven, traban o dañan los aprendizajes.

Dentro de este amplio campo de trabajo, en este punto a trabajar se especificara el ámbito de la Clínica Psicopedagógica.

Geraldine Sturzenegger, Psicopedagoga, considera que la clínica debe abordar, más allá de una patología, a una persona, importando como ese sujeto padece, y no solo lo que padece. Será el objetivo de la clínica abordar el síntoma, tratar de hallar sus causas y desarticularlo, favoreciendo el armado de un nuevo proceso cognitivo, más saludable y beneficioso, pero centrándose en la persona que presenta el síntoma.

Esta autora tiene en cuenta que la clínica se preguntara por que no aprende el sujeto, pero también si puede, orgánicamente, hacerlo, si quiere y si cuenta para ello con la motivación interior y si tiene posibilidades familiares y sociales para aprender.

Otro aspecto a considerar de esta psicopedagoga es que considera que a lo largo de su historia, la psicopedagogía, fue cambiando así como también la clínica fue modificación sus modos de abordaje, sus recursos y métodos. Ya que el mundo cambio, así como la concepción del hombre y la mirada sobre el mundo. El docente es otro, el sistema educativo también, y los factores externos influyentes en el aprendizaje se fueron modelando con los avatares de la sociedad, la economía y la cultura de cada década.

Por otra parte se tomaran los aportes de EPSIBA (Espacio Psicopedagógico de Buenos Aires). La fundadora de este espacio Psicopedagógico es Alicia Fernández y su Director Jorge Gonzales da Cruz.

Alicia Fernández apunta sobre el tema que la intervención psicopedagógica clínica es muy diferente a la reeducación, ya que esta última tiende a corregir o enmendar. Por el contrario, lo que se propone con la clínica es una escucha diferente dirigida a la significación que para el niño y su familia tienen el aprender y la operación que conforma el síntoma de aprendizaje (así cuando el “no sé” aparece como principal respuesta podemos preguntarnos como psicopedagogos que es lo que no está permitido saber).

La autora considera que como profesionales percibimos que en la constitución del problema de aprendizaje como síntoma, interviene alguna situación familiar de secreto, *ya sea por estar el niño excluido de algún conocimiento importante para su historia u obligado a callarlo.*

Alicia Fernández sostiene que nuestra intervención tiende a la re significación de la modalidad de aprendizaje. Nuestra escucha no se sitúa sólo en los contenidos no aprendidos, ni sólo en las operaciones cognitivas no logradas, ni sólo en las significaciones inconscientes, ni en los determinismos orgánicos, sino precisamente en las articulaciones entre esas diferentes instancias.

Por otra parte sustenta que en la construcción de esta postura psicopedagógica en Latinoamérica una pionera en nuestro campo fue Sara Paín, quien percibió que el problema de aprendizaje ofrece un terreno privilegiado para estudiar las relaciones entre la dimensión cognitiva, objetivante, dramática. Explicó y fundamentó que en el campo común de la productividad inconsciente, las operaciones inteligentes pueden caer en la trampa de las equivalencias simbólicas, perdiendo su capacidad específica de construir la realidad para pasar a metaforizar la peligrosidad del conocimiento, dando lugar a los diferentes trastornos de aprendizaje, configurados como síntoma o como inhibición cognitiva.

Por ultimo a destacar, en su artículo Alicia Fernández, considera que el objetivo de toda intervención psicopedagógica clínica es abrir un espacio objetivo/subjetivo de autoría de pensamiento.

Desde otro enfoque la licenciada Hebe Novillo Martínez en la conferencia dada en el hospital Piñero el 8 de mayo de 1998, se refirió a los puntos más

importantes del marco teórico a partir del cual se realiza el abordaje tanto del diagnóstico como del tratamiento psicopedagógico clínico.

La tarea clínica es representada por la Licenciada como un triángulo en donde en cada vértice se puede ubicar los componentes del espacio psicopedagógico. Esto se encuentra apoyado en la concepción epistemológica del paradigma de la complejidad, propuesta por Edgar Morín. Uno de los vértices está representado por el sujeto, sujeto en contexto, un sujeto contextualizado. No es posible pensar un sujeto separado de su contexto. Un sujeto que se va estructurando de manera integral (cognitiva y afectivamente), en un proceso constructivo, una subjetividad que, al mismo tiempo que se construye, va construyendo las relaciones sociales y culturales.

Por otro lado los Construccionalistas Sociales hablan del self como narrador, una persona que se establece como sujeto en el lenguaje y por el lenguaje. Nos vamos construyendo narrativamente, es decir, que vamos creando significados a través del lenguaje y del dialogo. *Sabemos que somos y quienes somos a partir de nuestras narraciones, de las historias que nos contamos.* El hecho de participar en muchas pautas de interacción social nos accede a tener ciertas identidades y no una identidad individual que esta “dentro”, como una entidad estática. La autora afirma que somos co-autores de las identidades.

La autora destaca a la subjetividad, la cual es entendida como la imagen que tenemos de nosotros mismos más las imágenes actuales e históricas que recibimos de los demás, de nuestros contextos, a través de lenguaje y de las actividades sociales.

En cuanto al contexto Novillo considera que este es concebido como entornos concéntricos, donde cada uno ejerce una influencia, es decir, producen efectos en el sujeto aun en los cuales el sujeto no se desenvuelve directamente. El contexto es fundamental ya que para entender lo que un sujeto hace o produce hay que verlo en el contexto donde se da, siempre actuamos desde y hacia contextos.

Hebe Novillo Martínez ha tomado al contexto por un lado y al sujeto por otro, considerando que lo importante es saber que se puede pensar alternativamente del sujeto al contexto y viceversa, empleando así un pensamiento que distinga pero que no separe, poder articular las teorías, representando la diversidad.

El segundo vértice está representado por el Psicopedagogo. La autora considera que como psicopedagogos estamos incluidos en el sistema terapéutico, somos parte del mismo. Esto implica reconocer que todo recorte clínico que realicemos, la interpretación y la intervención elegida lo hacemos desde nuestra

subjetividad y en consecuencia, ello conlleva asumir la responsabilidad de nuestras acciones.

Según la Licenciada Novillo el tercer vértice es la tarea, el aprendizaje. El aprendizaje es concebido por la autora como un campo complejo con múltiples atravesamientos: subjetivo, familiar, escolar, institucional, social, político y cultural.

El aprendizaje entendido desde una concepción constructivista, concepción que tiene como eje vertebrador la dimensión social del aprendizaje y de la enseñanza. Este eje permite articular diversas teorías que comparten algunos principios, otras que si bien no lo hacen, no son contradictorias entre sí, por ejemplo la psicología Genética de Piaget. Teorías que integran aprendizaje, cultura, enseñanza y desarrollo en una explicación articulada.

La licenciada considera que el Constructivismo realizó algunos planteamientos importantes para la clínica psicopedagógica, ya que la redimensiona. El aprendizaje de los saberes culturales es la condición indispensable para convertir a los sujetos en personas y miembros de un grupo social determinado, y es la fuente principal del carácter único e irrepetible de cada uno de nosotros.

Según la autora en la trama de relaciones: desarrollo, aprendizaje, cultura y educación, el sujeto es el último responsable de su propio proceso de aprendizaje; él es el que establece el conocimiento, la actividad mental que realiza siempre es en relación a contenidos que ya están elaborados y el que enseña (psicopedagogo, docente) tiene que crear las condiciones óptimas para que el sujeto despliegue una actividad fructuosa, rica y diversa, guiarlo y orientarlo, para que se acerque progresivamente a lo que significan y representan los contenidos como saberes culturales.

“Aprender un contenido implica atribuirle un significado, construir una representación, un modelo mental mismo” (Novillo, 1998, pág. 6).

La licenciada Hebe Novillo Martínez entiende hoy la terapia psicopedagógica partiendo de la idea de una terapia co-participativa, colaborativa, del protagonismo del paciente y su familia, donde se va armando una Red con todos aquellos cuya intervención sea significativa para el desarrollo del proceso terapéutico, a la manera de un equipo interdisciplinario donde cada uno colabore desde su rol, donde vamos construyendo una relación, un vínculo.

Como conclusión de este apartado tomado de la Licenciada Hebe Novillo, se considera que es importante generar un terapia con conciencia de responsabilidad,

generando un contexto de libertad que beneficie el despliegue de opciones y elecciones, la construcción de alternativas que puedan devenir en nuevas realidades. Un contexto de sostén en el que pueda circular la comunicación, el conocimiento y el saber. Un contexto que se va construyendo a la manera de un espacio transicional, como considera Winnicott, en donde la caja de trabajo funciona como un representante entre el adentro y el afuera, en donde el juego simbólico y los juegos reglados se conviertan en instrumentos terapéuticos y en donde tiene lugar la narrativa o conservación terapéutica.

“La irreverencia del terapeuta consiste en un constante cuestionamiento, en una curiosidad permanente, lo cual permite la construcción de nuevas formas de acción e interpretación” (Novillo, 1998, pág. 10).

Se destaca también que la autora considera que desde nuestro rol como psicopedagogos en la clínica hay más dudas, interrogantes y cuestionamientos que certezas. La propuesta de la autora es que estas preguntas se puedan convertir en instrumentos de creatividad e investigación para que la transformación sea posible.

Por último se puede decir que la psicopedagogía de enfoque clínico hace referencia a un quehacer profesional que se inscribe, independientemente del lugar en el que éste se despliegue, en un campo interdisciplinario emergente entre las ciencias de la salud y la educación. Y que se sustenta en una lógica y perspectiva teórica en la que se articulan los aportes del psicoanálisis, la teoría psicogenética y otras que dan cuenta de determinadas construcciones cognitivas, con los provenientes de estudios socioculturales derivados de desarrollos de inspiración foucaultiana que se ocupan del tema del biopoder.

3- Paradigmas de la Psicopedagogía

¿Qué es un paradigma? Para poder responder a esta pregunta se tomarán aportes del autor Tomás Kuhn. Físico, historiador y filósofo de la ciencia estadounidense, conocido por su contribución al cambio de orientación de la filosofía y la sociología científica en la década de 1960.

Este autor empieza a desarrollar la noción de paradigma en su obra *The Structure of Scientific Revolutions* (Estructura de las revoluciones Científicas) de 1969.

Kuhn señala que dentro de la evolución de las disciplinas científicas ocurren tres tipos diferentes de situaciones: 1) periodo precientífico; 2) periodo de ciencia

normal, y 3) periodo de ciencia revolucionaria. Estos momentos de desarrollo, según el autor estadounidense, suceden en forma cíclica y denotan cambios cualitativos trascendentes en el curso evolutivo de las disciplinas. Un concepto involucrado profundamente en estos cambios del desarrollo de las disciplinas es precisamente el de paradigma científico.

Kuhn argumenta que un paradigma es aquello que es compartido por una comunidad de científicos. Es de hecho una serie de principios que unifican a un grupo de investigadores y divulgadores de una disciplina, quienes, en cierto modo, adquieren un compromiso con él. La matriz disciplinar por tanto tiene una serie de componentes que son todas aquellas creencias, generalizaciones, valores, técnicas, tipos de problemas a investigar, soluciones típicas, etc., alrededor de los cuales los científicos de una determinada disciplina comparten su participación en la producción de conocimientos

El autor considera que en las primeras etapas de desarrollo de una ciencia, es difícil que exista un paradigma único, globalizador y hegemónico, más bien de una situación de convivencia entre múltiples escuelas, enfoques o teorías que se esfuerzan por subsistir y prevalecer sobre los demás. Este periodo es descrito como preparadigmático y es característico por tanto, en todas aquellas disciplinas que no han alcanzado un cierto grado de madurez en su evolución histórica. Sólo posteriormente con el avance del conocimiento científico, las disciplinas se mueven hacia un periodo posparadigmático, caracterizado por la aparición, desarrollo y enfrentamiento de paradigmas.

Cuando un paradigma resulta hegemónico, en un cierto periodo de tiempo, se produce lo que Kuhn denomina periodo de ciencia normal. En éste los científicos de una determinada comunidad trabajan para buscar la articulación y desenvolvimiento del paradigma al cual son adeptos, mediante la adecuación y refinamiento de las explicaciones que se derivan de él. Un punto importante en toda esta etapa son los intentos para resolver problemas o enigmas (con base en las reglas o formalismos del paradigma).

Según el autor, la comunidad de científicos adopta el paradigma dominante en el periodo de ciencia normal, asume una serie de acuerdos fundamentales y no le es válido criticarlo. Su trabajo debe centrarse, como hemos insinuado en el párrafo anterior, en producir nuevas soluciones prototípicas a una clase de problemas. Asimismo, la comunidad científica se encarga de formar a nuevas generaciones de científicos en los aspectos teóricos y metodológicos, para que se preserve y desarrolle

el trabajo acerca de paradigma vigente. Sin embargo, precisamente en el curso del trabajo esmerado por y sobre el paradigma, los científicos encuentran ciertas inconsistencias o anomalías que no pueden ser tan explicadas de manera fácil con los recursos que aporta aquél. Poco a poco estas anomalías se van acumulando hasta que aparecen algunas que afectan en forma seria la naturaleza del paradigma. Es en este contexto cuando comienza un periodo de crisis científica que se caracteriza, por un sentimiento generalizado de desconfianza que aparece en la comunidad adepta al enfoque en cuestión. Finalmente sostiene el autor que la crisis se toma aún más aguda cuando aparece en escena un paradigma que es en esencia antagónico con el que hasta entonces se presenta como hegemónico.

I. *Corriente Psicoanalítica:*

El psicoanálisis es la ciencia creada por Freud y sus discípulos para el estudio de los fenómenos inconscientes de la mente y de la personalidad.

Es un conjunto de procedimientos y técnicas terapéuticas para el tratamiento de conflictos internos y de relaciones interpersonales.

Para poder abordar esta corriente se tomaran ideas puntuales de un artículo sobre *psicoanálisis y psicopedagogía* de Juan Tubert Oklander.

El autor considera que para entender la relación entre Psicopedagogía y Psicoanálisis es necesario repensar el quehacer psicopedagógico. Antes se consideraba a la Psicometría y la Psicología Genética para diagnosticar el tipo de estructura, momento lógico para delimitar que se podía enseñar y de qué modo, pero el autor afirma que no siempre este tipo de planificación era suficiente ya que comenzó a mostrarse la necesidad de intentar comprender lo que acontece y las circunstancias tanto internas como externas que rodean y determinan *al niño que no aprende*.

Como consecuencia de lo anteriormente redactado el autor sostiene que los psicopedagogos de hoy tienen la necesidad de incorporar elementos de la tarea psicoanalítica para poder hacer una comprensión global e integral del niño.

En cuanto a las repercusiones del Psicoanálisis el autor hace hincapié en dos: 1. Revolucionó la forma de mirarnos a nosotros mismos. 2. Nos conduce a una descentralización del sujeto dejando de ser únicamente racional. Esta última genera una reformulación del proceso de aprendizaje en cuanto al deseo, y la reubicación del Psicopedagogo en su quehacer.

Para dar cuenta de esto el autor considera imprescindible partir de una conceptualización del aprendizaje, entendiendo a este como un proceso de construcción y apropiación del conocimiento que se da en la interacción entre los saberes previos de un sujeto y ciertas características o legalidades propias de los objetos de conocimiento en el contexto de un vínculo.

Desde la perspectiva psicoanalítica se habla de sujeto y de vínculo. Cuando habla de sujeto se refiere entonces a un sujeto deseante, a un niño que desea, que desea saber. Para que esto sea posible debe haber una falta, una hendidura en el vínculo con el Otro donde podrá surgir una pregunta justamente a partir de ese espacio, esa duda que habrá que tolerar para iniciar la búsqueda de un camino hacia la solución.

En cuanto a los diferentes momentos del abordaje psicopedagógico el autor plantea cuatro etapas:

- I. Llegan a consulta. Se consulta por un síntoma preciso, lo cual también encubre algo muy diferente de lo que se dice. Esto último refiere a una mirada psicoanalítica.
- II. Diagnóstico: determinar la etiología que justifica al cuadro, pero sin negar que existe una historia que se corresponde con esta situación.
- III. Interrogante sobre cómo enfrentar la devolución diagnóstica y qué hacer con esta información que se ha obtenido frente a la familia.
- IV. Se inicia una reeducación, en caso de que haya energía disponible por parte del paciente. *Se busca causar algo que desborde el propio acto psicopedagógico.*

En estos cuatro puntos subyacen los términos psicoanalíticos: *Transferencia-contratransferencia*.

Según las teorías de Freud, cada vez que experimentamos nuevas sensaciones estamos evocando parte de las experiencias pasadas que dejaron una marca en nuestro inconsciente. La transferencia es, justamente, el modo en el que las ideas y sentimientos acerca de vínculos con personas con las que nos hemos relacionado antes son proyectados hacia otra persona, aunque sea la primera vez que la veamos.

Por lo tanto, la transferencia es el modo en el que la mente humana revive ciertas experiencias relacionadas con vínculos (que han quedado fijadas en nuestro inconsciente) al interactuar con alguien en el presente.

Aunque teóricamente la transferencia es un fenómeno generalizado que se produce en nuestro día a día, Sigmund Freud puso especial énfasis en la necesidad de considerar el efecto que la transferencia tiene durante las sesiones de psicoanálisis.

Durante las sesiones puede ocurrir la transferencia, que significaría que el paciente proyecta en el analista contenidos de su inconsciente y revive vínculos afectivos del pasado. De este modo, según Freud el paciente verá cómo su relación con el psicoanalista tendrá reminiscencias de relaciones ya vividas, por muy ilógico que parezca. Podrá enamorarse y desenamorarse del analista, sentir aversión por él, odiarlo como se odió a una figura importante del pasado, etc.

Pero para Freud no era malo que se iniciase una transferencia desde el paciente hacia el analista. De hecho, formaba parte de la terapia, ya que creaba un vínculo emocional desde el cual el terapeuta podría guiar al paciente en la resolución de conflictos psicológicos y de bloqueos basados en traumas. Dicho en otras palabras, la transferencia sería un ingrediente necesario para que la relación terapéutica se oriente hacia la resolución de los problemas de los pacientes.

Por otra parte la contratransferencia tiene que ver con los sentimientos e ideas que el propio analista proyecta sobre los pacientes a partir de sus experiencias pasadas, de manera inconsciente.

Para Sigmund Freud era muy importante que cada psicoanalista supiera detectar los efectos que la contratransferencia tenía sobre su modo de relacionarse con los pacientes y sobre sus motivaciones a la hora de tratar con ellos.

Por un lado, la contratransferencia es definida por su dirección: sentimientos del analista en relación al paciente. Por otro lado, es definida como un balance que no deja de ser una prueba más de que la reacción de uno no es independiente de lo que viene del otro. Es decir, la contratransferencia va en relación a lo que se produce en transferencia, por lo que una influye sobre la otra.

II. Corriente constructivista:

Para desarrollar este punto se tomara a los autores Monereo y Solé.

Isabel Solé, es profesora e investigadora en la Universidad de Barcelona y Carles Monereo se especializó en temas relacionados a la diversidad educativa y en estrategias de aprendizaje y enseñanza. Ambos son autores del libro “El asesoramiento psicopedagógico: Una perspectiva profesional y constructivistas”

Los autores sostienen, que la consideración de que el aprendizaje es un proceso interno de construcción del conocimiento que supone una reorganización de

estructuras o esquemas cognitivos preexistentes en el aprendiz, es un principio que en estos momentos podrían suscribir muchos profesionales, no sólo de la Psicología o de la Pedagogía, sino de otras muchas disciplinas como la Antropología, la Etnología, la Sociología o la Lingüística. Más allá sin embargo de este principio general, el constructivismo como concepción epistemológica que inspira una forma de ejercer el asesoramiento psicopedagógico, asume un conjunto de premisas básicas que se pueden concentrar en cuatro afirmaciones.

En primer lugar estos autores apuntan que el desarrollo humano supone un proceso permanente de culturización. El recién nacido se enfrenta a un entorno culturalmente organizado, en el que los adultos hacen a veces de anfitriones que acercan la realidad al niño, seleccionándola, interpretándola y comunicándola mediante sus acciones verbales y no verbales. A través de esta función mediadora, el nuevo ser se apropiará de un conjunto de herramientas mentales que han de permitirle decodificar paulatinamente los fenómenos que se producen a su alrededor y construir conocimientos de forma cada vez más autónoma. La incorporación de estos instrumentos, dicen los autores, especialmente del lenguaje, permitirá al aprendiz regular el mundo exterior y también autorregular su propio pensamiento.

Ambos autores consideran que desde un enfoque constructivista, el aprendizaje es el motor del desarrollo y no un mero añadido a éste como mantienen otras teorías evolutivas.

En segundo lugar plantean que la interacción entre los agentes mediadores, padres, familiares, amigos, educadores y el aprendiz se produce siempre en un contexto social. En un primer momento esta interacción tiene lugar en situaciones sociales rutinizadas, como la hora de la cena, el momento del baño o la situación de ir a dormir. Estas primeras actividades cotidianas adquieren pronto la categoría de contexto, ya que el niño y adulto empiezan a interpretar los comportamientos del otro en relación a las prácticas conjuntas que llevan a cabo, fuera de las cuales perderían su significado.

En tercer lugar los autores nombrados afirman que los agentes educativos y el profesor, como mediadores especializados, deben guiar al aprendiz desde sus conocimientos previos a niveles progresivamente más superiores de abstracción y autonomía.

La cuarta y última premisa considerada por los autores afirmaría que la mayor parte de las dificultades de aprendizaje y de retrasos en el desarrollo que presentan algunos alumnos pueden explicarse por la inexistencia o baja calidad de la interacción

social recibida. En estas ocasiones el niño no logra interiorizar nuevos procedimientos que le permitan gestionar cada vez mejor su conocimiento, y sus operaciones mentales se vuelven rígidas y rutinarias, con muy pocas posibilidades de transferencia.

Por último, como conclusión del pensamiento de ambos autores, se puede considerar que todo este conjunto de principios, análisis, recursos y prevenciones concurren en una idea nuclear que es en definitiva la que debe guiar en todo momento nuestro quehacer profesional. A esto se le añade la cita que realizan los autores en una parte interesante del artículo de Fernando Hernández, publicado en Cuadernos de Pedagogía: *“lograr que cualquier alumno, en cualquier contexto educativo, encuentre su lugar para aprender”*.

III. Corriente cognitivista:

Para abordar esta corriente se tomara al autor Hernández, desde el texto: Miradas constructivistas en psicología de la educación.

Para el autor el enfoque cognitivo hace referencia al estudio de los procesos mentales tales como la percepción, la memoria, la sensación, el pensamiento, el raciocinio y la resolución de problemas. La cognición son todos los procesos por medio de los cuales el individuo aprende e imparte significado a un objeto o idea.

Hernández propone las siguientes propuestas para la enseñanza, por un lado afirma que muchas de las propuestas para la enseñanza se fundamentan en la creación de zonas de desarrollo próximo, y que las principales interpretaciones para la enseñanza son: el andamiaje (pre dirigido por el enseñante) y la zona de construcción colectiva (construcción conjunta entre alumnos y maestros: *interacción*).

Según este autor este modelo de teorías asume que el aprendizaje se produce a partir de la experiencia. Se pone el énfasis, en el modo en que se adquieren tales representaciones del mundo, se almacenan y se recuperan de la memoria.

El cognitivismo apunta Hernández, abandona la orientación pasiva y concibe al sujeto como procesador activo de la información a través del registro y organización de dicha información. Es por tanto que desde esta corriente o paradigma que se plantea que el sujeto construye de manera dinámica el conocimiento, por lo tanto el cognitivismo abandona la orientación pasiva y concibe al sujeto como procesador activo de la información a través del registro y organización de dicha información.

Es por tanto sostiene el autor que desde esta corriente o paradigma que se plantea que el sujeto construye de manera dinámica el conocimiento.

Dentro de esta corriente se cree necesario abordar la importancia de la Neurociencia y la educación por lo cual se tomaron referencias importantes de un Blog de ISEP (Instituto Superior de Estudios Psicológicos) que afronta la temática.

Los autores de este Blog consideran que la neurociencia es el conjunto de disciplinas científicas que estudian el sistema nervioso, con el fin de acercarse a la comprensión de los mecanismos que regulan el control de las reacciones nerviosas y del comportamiento del cerebro.

En cuanto a la relación entre aprendizaje y neurociencia en el blog se apunta que aprender es, ser capaz de sobrevivir, ya que aprendiendo el ser humano se forjó un futuro y solo así aseguro la continuidad de la especie. En la actualidad según el autor o autores del blog, se ha demostrado científicamente que, ya sea en las aulas o en la vida, no se consigue un conocimiento al memorizar, ni al repetirlo una y otra vez, sino al hacer, experimentar y sobre todo, emocionarnos. Las emociones, el aprendizaje y la memoria están estrechamente relacionadas.

Otro punto a destacar del blog es que desde el punto de vista de la neurociencia educativa, la inteligencia es un concepto multidimensional, por eso un mismo ambiente de aprendizaje debe llevar a los niños a explorar, pensar y expresar sus ideas a través de una variedad de diferentes códigos.

En referencia a la neuroeducación, en el blog de ISEP se recomienda que durante los primeros años de vida los niños estén en contacto con la naturaleza y no se les fuerce a permanecer sentados y quietos mucho tiempo, ya que a esas edades es cuando se construyen las formas, los colores, el movimiento, la profundidad, con los que luego se formaran los conceptos. *Para poder madurar, es decir, crear nuevas redes de neuronas, el cerebro necesita experiencias nuevas.*

Otro punto importante a destacar es que de los 10 a los 12 años, en cambio, el cerebro está específicamente receptivo a aprender aptitudes, por lo que es el momento de potenciar la comprensión de un texto y de que aprendan a razonar de forma matemática. Y, en la adolescencia, el cerebro es plenamente emocional y choca con el actual modelo educativo que en esta etapa les obliga a aprender biología, física, química, materias totalmente racionales.

Un ejemplo sobre que se expone el blog es que, muchas personas han olvidado el nombre de los Reyes Godos o la fórmula para calcular la velocidad de caída de un cuerpo pero, en cambio, recuerdan lo divertidas que eran las clases de ese profesor en especial, que despertaba su interés con ejercicios prácticos e historias sobre cada tema. Fue él/ella quien consiguió despertar tu atención e interés. Es por eso que el autor/es

consideran que la emoción es fundamental en el aprendizaje, para quien enseña y para quien aprende ya que aquel profesor hizo que la información en clase la captásemos por medio de nuestros sentidos y para que después pasara por el sistema límbico o cerebro emocional antes de ser enviada a la corteza cerebral, encargada de los procesos cognitivos.

Otro factor a tener en cuenta, proponen en el blog, es la sorpresa, ya que activa la amígdala. El cerebro es un órgano al que le gusta procesar patrones (entender cosas que se repiten siempre de la misma forma); es la manera como se enfrenta al mundo que lo rodea. Entonces, todo aquello que no forma parte de esos patrones se guarda de manera más profunda en el cerebro. De ahí que usar en la clase elementos que rompan con la monotonía benefician su aprendizaje.

Por último, los autores, destacan la empatía (el acercamiento emocional) es la puerta que abre el conocimiento y con él la construcción del ser humano. Además se ha descubierto que, al contrario de lo que se creyó durante mucho tiempo, *el cerebro no es estático, sino que existen periodos críticos en los que un aprendizaje se ve más favorecido que otro*. Por ejemplo para aprender a hablar el cerebro está más receptivo desde que uno nace hasta los siete años. Pero esto no quiere decir que después no pueda adquirir el lenguaje: la plasticidad del cerebro permitirá hacerlo aunque cueste más. Este descubrimiento de la existencia de periodos de aprendizaje abre nuevos debates sobre el sistema educativo y la necesidad de replantearse un nuevo modelo acorde con esta predisposición cerebral a adquirir nuevos contenidos concretos por etapas.

Por otra parte, se destaca aspecto no menor del blog, en donde se enfatiza que la cantidad de jóvenes desmotivados que no quieren continuar sus estudios o creen que lo que están aprendiendo no sirve para nada es alarmante. Y la única forma de combatirla es a través de maestros/ profesores que enseñen a las personas a afrontar nuevos retos, que transformen el cerebro de sus alumnos aprovechando todas las herramientas que ofrece la neuroeducación para enseñar mejor. *Algunos expertos afirman que si las clases fueran más vivenciales podrían impartirse más conocimiento en menos tiempo*. Los docentes deberían aprovechar lo que se conoce del funcionamiento del cerebro para enseñar mejor. El autor/es sostiene que los niños deben entusiasmarse por lo que están aprendiendo.

Desde el posicionamiento de la psicopedagogía reeducativa, o de línea cognitivo-conductual, lo único que importa es la cara visible del problema de aprendizaje o conducta (esa cara signo factible de ser observada, medida, evaluada).

El sujeto no es convocado a hablar de su malestar. Se lo somete a una batería de test, exámenes y técnicas con el objetivo de formular un diagnóstico que ponga nombre a ese déficit cognitivo observado por la escuela, para proceder luego a definir las intervenciones rehabilitadoras-reeducadoras que deberán ponerse en práctica para eliminar o compensar la dificultad por la que se consulta.

En la clínica de los abordajes psicopedagógicos cognitivo-conductuales quien habla, quien tiene el saber, es la ciencia o la disciplina. El diagnóstico se precipita así, rápidamente, hacia la indicación de una consulta neurológica y el tratamiento suele quedar supeditado a un medicamento acompañado de los mencionados programas de carácter reeducativos. En las intervenciones propuestas desde la psicopedagogía de enfoque clínico (corriente psicoanalítica) se escucha al sujeto, quien pone en palabras su sufrimiento. El saber está en él. Su historia, las experiencias, las palabras que comprometieron sus aprendizajes están en él. Aunque se trata de un saber inconsciente, del que el síntoma es sólo una expresión, sólo él sabe por qué le pasa lo que le pasa.

3.1- Punto de vista psicoanalítico

Muchos autores sostienen que no estamos en una controversia entre la psiquiatría y el psicoanálisis: en lo que concierne al TDAH, son muchos los psiquiatras, como Breggin e incluso neurólogos como Benasayag que cuestionan tanto que se trate de una enfermedad o síndrome (conjunto de signos y síntomas con una etiopatogenia común) como el uso de psicofármacos.

Lo que sostienen los autores nombrados, es que estamos más bien ante el enfrentamiento entre dos concepciones del ser humano: 1) la concepción biologicista, patologizadora y musicalizadora del sujeto y sus manifestaciones, que lo convierte en objeto, alienándolo y privándolo de autonomía, creatividad y libertad; 2) la que reconoce la singularidad de su posición como sujeto deseante, producto de su historia y de las relaciones intersubjetivas en cuyo seno se constituyó y de las que participa en el espacio social e institucional, atendiendo a los efectos que, en sus manifestaciones, tienen el conflicto (intrapsíquico e intersubjetivo), el orden simbólico, los otros y las circunstancias socio-económicas y políticas.

Silvia Turbet, doctora en Psicología, especialista en Psicología Clínica y psicoanalista, considera que tanto la hiperactividad, atención e impulsividad son síntomas que expresan, al tiempo que encubren, conflictos que a priori

desconocemos. No tienen un sentido unívoco y universal sino complejo y singular, que sólo puede emerger en el discurso del sujeto.

La autora sostiene que la clínica revela que el diagnóstico de TDAH enmascara situaciones, conflictos y malestares diversos, que se pueden descifrar y en consecuencia resolver mediante la psicoterapia psicoanalítica. Si la psiquiatría pretendidamente basada en la evidencia cuestiona las conclusiones del trabajo clínico prolongado porque se basan en un número de casos limitado, hay que recordar, dice la autora, que el Informe del Consorcio farmacéutico niega la posibilidad de investigación científica de los efectos del metilfenidato y basa sus conclusiones meramente en estudios observacionales.

Por otra parte la autora estima que un grupo de psicoanalistas de Frankfurt está llevando a cabo una amplia investigación en colaboración con escuelas infantiles.

Estos parten de los datos proporcionados por las neurociencias modernas: los conceptos clásicos en la investigación del cerebro sugerían que el TDAH podía ser causado por un trastorno metabólico (déficit de dopamina), pero investigaciones recientes indican que las experiencias particulares pueden influir en la estructura cerebral. Por esto, considera la autora que están estudiando los trastornos emocionales de los niños y las perturbaciones familiares vinculadas con un medio social desfavorecido, migraciones, entre otras, que puede dar lugar a síntomas catalogados como TDAH.

Silvia Tubert considera el planteo de la siguiente pregunta: “¿Qué encontramos detrás de la etiqueta de TDAH cuando, en lugar de centrarnos en las manifestaciones conductuales, escuchamos al niño como sujeto que sufre, nos preguntamos por su deseo, lo situamos en el marco de su historia, de sus relaciones con los otros, y atendemos al discurso de esos otros, no como enunciados sobre el niño, sino como enunciaciones de quienes son, más allá de su función de padres o maestros, sujetos de deseos inconscientes?”, ante esto la autora considera que debemos remitirnos al caso por caso propio del enfoque clínico. Pero que en términos generales, se puede decir que el pasaje al acto de la motricidad es una forma de mostrar la angustia, el malestar que no puede expresarse con palabras o juegos.

En este sentido, la autora considera el fundamento de Michel Levy, quien indica que la condición fundamental, para que sea posible una simbolización auténtica, ligada a los afectos e integrada en el cuerpo, es que pueda ser escuchada. Pero para que esto sea posible, es preciso que los seres humanos que rodean al sujeto acepten el cuestionamiento mínimo necesario para dar lugar a la subjetividad del otro.

De lo contrario, la violencia pulsional del niño se convierte en una forma de ser y de relacionarse. Por lo tanto considera la autora que no podemos obviar las relaciones del niño con sus padres y el lugar que éstos le confieren en su propio discurso.

Por otra parte, la autora considera que responder a los síntomas con la medicación localiza el trastorno en el niño, impidiendo que los padres investiguen aquellos aspectos de su propia historia que los llevan a una relación en la que, involuntariamente, convalidan la violencia de su hijo, lo que elimina toda posibilidad de modificación en el ámbito familiar. Lo mismo se aplica al espacio educativo. Pero este planteamiento es absolutamente ajeno a la pretendida culpabilización de los padres. Se trata, más bien, según Tubert, de reconocer que la personalidad del niño no es un producto mecánico de su funcionamiento cerebral, sino de sus relaciones con los otros, reconocer la propia implicación en el problema no significa ser culpable sino asumir la responsabilidad e interrogarse por un ser humano que sufre.

Desde este punto de vista, Silvia Tubert subraya la importancia de tener en cuenta la subjetividad de los adultos que no soporta al niño en cuanto si se encuentran angustiados o deprimidos no podrán reconocer ni responder a las demandas del niño, sino que intentarán controlarlo y, en última instancia, inmovilizarlo.

En cuanto a esto la autora considera a Jean Marie Forget que plantea algo similar en otros términos, al apuntar que la hiperactividad real de un niño debe considerarse en relación a la inactividad simbólica de sus padres, es decir, a la inactividad del discurso del Otro, que no presenta una falta en la cual el niño podría encontrar un lugar simbólico desde el que articular su propia palabra.

Otra cuestión relevante a destacar sobre esta autora es que considera que si Jean Bergés entendía que el niño hiperactivo reitera los pasajes al acto porque no es escuchado, Forget añade un paso previo: si no es escuchado es porque no puede hablar, de modo que trata de salir de la insoportable situación de ser el objeto real del Otro, abriéndose un espacio en lo real. Si el sujeto, en el campo de la palabra, carece de interlocutor, no encuentra otra opción que la de regresar al lenguaje de la pulsión motriz. En cuanto a la estrategia psicoterapéutica, las entrevistas con los padres, al incluir un tercero, introducen la falta en su discurso, permitiéndoles reconocer que el hijo los solicita con su hiperactividad o impulsividad.

Por último, Silvia Tubert considera que el fracaso escolar o dificultades en sus funciones motrices, cognitivas o verbales, conllevan el temor al fracaso de la función del hijo (ser espejo de los padres), lo que en el mundo global y competitivo resulta intolerable. Pero esta urgencia y exigencia generan síntomas que dan cuenta

de la angustia del niño ante la pérdida del amor parental. La autora sostiene que la prescripción de psicoestimulantes es también un signo de los tiempos, refiriéndose a este tiempo en el cual el sujeto es arrasado por el mercantilismo y la ciencia sin conciencia, mientras el desarrollo técnico sigue su propia lógica ajena a toda ética.

4- Medicalización de la infancia:

Para abordar este concepto se utilizará el artículo de López Castilla, Carlos Javier “La medicalización de la infancia en salud mental: el caso paradigmático de los trastornos de atención”.

El término medicalización apareció por primera vez en la obra “Némesis Medica” del filoso Iván Illich (pedagogo y ensayista mexicano de origen austríaco). Con este término hizo referencia a la colonización de la medicina institucionalizada de facetas de la vida que trascendía los límites reales y éticos de la propia acción médica.

Illich propone definir como patológico, un fenómeno cualquiera del amplio espectro posible que el mapa del desarrollo humano es capaz de dibujar y proceder luego a medicarlo, es un hecho claro de medicalización. Este autor cita a Foucault, considerando que estos casos representan el ejercicio de un poder social y político de las instituciones médicas, que regulan, definen y corrigen los límites de lo socialmente tolerable y permisible en un tiempo dado.

En la actualidad, este autor considera que la intervención médica no se reduce al campo de la enfermedad, el malestar o la demanda de los pacientes, sino que llega a imponerse autoritariamente, como en el caso de los exámenes médicos para acceder a determinados puestos de trabajo o al peritaje psiquiátrico de orden judicial.

El autor afirma que “La medicalización de la existencia conlleva que gran parte de nuestro abanico comportamental sea objeto de controles médicos como los cambios asociados a los ciclos de la vida, las pequeñas molestias, o la ansiedad leve” (Rodríguez, 2008).

Otro aspecto a destacar de este artículo, es que la atención en salud infantil no es ajena al fenómeno de transformar situaciones normales en patológicas y generar enfermedades a partir de situaciones potencialmente tratables. Pero aun asumiendo la multiplicidad de agentes participantes en la mercantilización de la enfermedad, son el colectivo sanitario y las instituciones encargadas de la atención infantil y la salvaguarda de los derechos esenciales de los menos, las principales responsables de

comprender el problema y proponer soluciones, a esto el autor del artículo lo toma de los siguientes autores: Morell, Martínez, Quintana, 2009.

Por otra parte se abordara este tema a partir de un artículo llamado “Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión”, cuyos coordinadores son, Adrián Cannellotto y Erwin Luchtenberg.

Se puede destacar de este artículo, interrogantes puntuales que ayudan al desarrollo de este trabajo, como por ejemplo: ¿Qué implica medicar a un niño por molestar en clase, no copiar lo se escribe en el pizarrón o estar distraído? ¿Qué le transmitimos cuando le planteamos que toma una pastilla para quedarse quieto, atender al docente, hacer tareas que no le gustan?, según los autores estas preguntas disparan una serie de reflexiones en torno a dos hipótesis posibles: la biológica y la psicosocial.

Sostienen que la tensión entre ambas permite describir, por un lado, las consecuencias del predominio del modelo biológico-genético-medico, donde la medicación aparece como la solución a un déficit orgánico, traído desde el nacimiento. Reducción que opera como obturador de toda relación e interrogación sobre el contexto, las condiciones socioculturales, la historia personal, familiar y social de los niños.

Por otra parte, esta tensión es también un camino para entender cómo determinados sentidos y modos de comprensión de un problema quedan relegados a un plano secundario. Dicho de otro modo, cómo la expansión diagnóstica, habilita el pasaje de una descripción de síntomas a determinar una patología. En todos los casos, lo que se registra es una reducción de la complejidad de la vida psíquica infantil, donde el conflicto un elemento creador y fundante, queda descalificado en la expresión de un mero *déficit neurológico*. Un déficit que se convierte, además, en una operación desubjetivante, donde el niño queda anulado como alguien que puede decir acerca de lo que le pasa.

Estos autores consideran que si bien la medicina continúa su relación con la economía (como parte de un sistema histórico, económico y de poder), “en la actualidad este vínculo se destaca porque puede producir directamente riqueza, en la medida que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros” (Foucault, 1976). A partir de esto, los autores del artículo consideran que el cambio de carácter de la medicina se ha caracterizado como un proceso de fetichización, con sutiles transformaciones tanto en el ámbito del conocimiento como en el de la práctica, expresadas en lo que ocurre con el cuerpo enfermo que pasa de ser un objeto de trabajo

a ser una mercancía. Es así que nuevas formas de medicalizar se dan a expensas de extender las fronteras de las enfermedades tratables y expandir los mercados para nuevos productos; “de esta forma, se puede obtener mucho dinero de la gente sana que cree que está enferma” (Moynihan, 2002). “Las compañías farmacéuticas proponen dolencias y enfermedades y las promueven a los prescriptores y a los consumidores” (Moynihan, 2002).

Los autores destacan que la biomedicina, por su parte, se alejó de sus raíces históricas y compromisos éticos para aparecer como una empresa comercial, en que los pacientes son apenas insumos y materias primas del proceso de acumulación capitalista. Esta medicina delimita en la actualidad un campo de saber ligado a un fabuloso desarrollo tecnológico, base actual del conocimiento científico.

Por otra parte se enfatiza que los problemas de aprendizaje, el déficit de atención con hiperactividad (ADHD) o sin hiperactividad (ADD) y los padecimientos mentales, se han medicalizado considerablemente durante las últimas décadas.

En el artículo tomado se expone como ejemplo el aumento de síndrome de déficit de atención en niños con o sin hiperactividad ha ido en paralelo con el aumento de la prescripción de drogas estimulantes. “El fenómeno social de drogar en masa a los niños podría indicar no un aumento genuino del trastorno mental, sino más bien una estrategia para mejorar la vida familiar y social. Es probable que, al recurrir al tratamiento con drogas, se desalienten y alivien responsabilidades y por lo tanto se exacerbe la dificultad subyacente que debe remediarse” (Double, 2004).

Los autores sostienen que es muy importante ser cautelosos a la hora de sobreestimar o subestimar estos cuadros. Diagnosticar una situación existencial como un cuadro patológico definido, dejarlo sin el diagnóstico correcto o subdiagnosticarlo, podría en todos los casos generar perjuicios de gran magnitud.

En referencia a la conclusión que llegan los autores, es posible que se considere que todo se puede medicalizar y se termine ignorando la dinámica interpersonal y social en la resolución del malestar. La fuerte tendencia a medicalizar los problemas de salud y asumir que su solución primera involucra el tratamiento médico, genera que los creadores de políticas, en el mejor de los casos, pongan el foco en aumentar el acceso financiero y geográfico a los servicios de salud para las poblaciones vulnerables, descuidando en oportunidades causas sociales y económicas de la vulnerabilidad y diferencia en salud. Los autores consideran que si bien es necesario incrementar el acceso al cuidado, es fundamental que sea desde una acción política concertada entre los subsidios, la educación, el alojamiento, la seguridad

alimentaria y el ambiente para mejorar la salud de las poblaciones en desventaja social.

Si se conceptualiza este término desde los aportes de las Ciencias Sociales, Michel Foucault abordó la cuestión de la medicina y la medicalización como estrategia de gobierno de las poblaciones, trabajando sobre la hipótesis que ningún problema es intrínsecamente médico o no, por esto se considera de gran importancia poder tener un acercamiento teórico sobre el contexto económico que engloba a la medicina.

Desde sus aportes, este autor subraya que el dominio de la medicina no es único e inalterable y no está dado sino que cada cultura define de una forma propia y particular el ámbito de los sufrimientos, de las anomalías, de las desviaciones, de las perturbaciones funcionales, de los trastornos de la conducta que corresponden a la medicina, suscitan su intervención y le exigen una práctica específicamente adaptada.

Foucault identificó una serie de procesos generales para comprender el despliegue de la medicina moderna, que hacen al núcleo más caro del proceso de medicalización:

- 1- *La medicalización indefinida*: el campo tradicional de la medicina se desplegaba en torno a dos aspectos, la enfermedad y la demanda del enfermo (su sufrimiento, sus síntomas, su malestar, etc.). A partir del siglo XX, la medicina se mueve holgadamente por fuera de ese campo original de acción e intervención. Esto, por dos razones, la primera es la medicina que crecientemente se impone al individuo enfermo o no, como acto de autoridad, dejando así de responder a motivos vinculados sólo con la demanda del enfermo; la segunda, es su objeto de intervención que deja de reducirse a enfermedades..
- 2- *La economía política de la medicina*: si bien la medicina surge como una exigencia de tipo económica hacia finales del siglo XVIII, lo peculiar en la situación actual es el mecanismo por el cual dicha disciplina logra vincularse con los grandes problemas económicos. En la actualidad, el vínculo entre la economía y la medicina se deriva de la capacidad de esta última de producir riqueza, así la salud se ha convertido en un deseo para algunos y un lucro para otros. La salud ingresa a la esfera económico-mercantil en la medida en que se ha convertido en un objeto de consumo, en un producto que puede ser fabricado por los laboratorios farmacéuticos y consumido por los enfermos reales o posibles. Es en las grandes

empresas farmacéuticas donde Foucault ubica los destinos de la rentabilidad económica que derivan de la enfermedad y la salud. Foucault identifica ya en el año 1974 la posibilidad de que los médicos se conviertan en meros distribuidores, intermediarios entre la industria farmacéutica y la demanda de fármacos del paciente.

- 3- *La iatrogenia positiva*: con este concepto, el autor alude a los efectos médicamente nocivos que se derivan de la intervención médica, en lo que ésta tiene de fundamento racional. Foucault considera que la medicina moderna cuenta con instrumentos que pueden provocar o provocan efectos perjudiciales en función de su eficacia terapéutica, y no por una aplicación incorrecta de los mismos. Esta cuestión conduce a la especie humana a un campo de probabilidades y riesgos que excede lo individual o familiar. La vida misma y sus acaecimientos fundamentales ingresan en el campo de acción de la intervención médica. Tal es el riesgo de la medicina actual, el efecto de su práctica y de su saber.

Foucault plantea que la enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado. Se considera el proceso de medicalización como fundamental para entender cómo los sujetos y las sociedades se transforman en blancos de intervención de los dispositivos del poder.

Por último se concluye que para dicho autor la medicalización se nos presenta entonces como un producto socio-cultural, donde inciden diversos factores que en un contexto social e histórico específico permiten que se desarrollen las líneas argumentales de los diversos actores sociales que han intervenido e intervienen en la génesis y producción y reproducción de dicho proceso.

5- Encuadre metodológico

Problema:

Repensar el rol de la psicopedagogía sobre los pacientes cuyos problemas de aprendizaje se encuentran medicalizados, valorando que este término nos insita a posicionarnos en el pensamiento de problemáticas complejas socio-familiares y escolares que no todas deberían ser tratadas en realidad como supuestas deficiencia o trastornos neurocognitivos de causa genética, en donde la única solución posible que se propone es limitarse a tratamientos centrados en la *administración de fármacos psicoactivos*.

Objetivo general:

El objetivo general de este trabajo es analizar el posicionamiento de psicopedagogo/as que se desempeñan en el ámbito clínico en relación a la biomedicalización. Para ello, se realizarán entrevistas en profundidad con los casos seleccionados.

Objetivos específicos:

- I. Conocer cómo surge este nuevo concepto de biomedicalización.
- II. Indagar en qué casos podemos hablar sobre biomedicalización.
- III. Conocer en qué paradigma psicopedagógico se posicionan los entrevistados.
- IV. Poder indagar si condiciona e influye en el diagnóstico psicopedagógico.

En cuanto al tipo de investigación a realizar esta será de tipo cualitativa.

El método de investigación cualitativa es la recogida de información basada en la observación de comportamientos naturales, discursos, respuestas abiertas para la posterior interpretación de significados.

La población escogida para la recolección de datos serán psicopedagogos/as del ámbito clínico de la ciudad de Azul.

Se realizarán diez entrevistas a diferentes profesionales del ámbito anteriormente nombrado, que constarán de ocho a diez preguntas específicas determinantes para la investigación.

Entrevista, ámbito clínico (Psicopedagoga/o)

1. En cuanto a sus últimas consultas, ¿por qué fueron?
2. ¿Cuáles son las herramientas que utiliza frecuentemente para realizar llevar a cabo un diagnóstico?
3. ¿Cuáles son las patologías más consultadas?
4. ¿Qué opina sobre el uso de psicofármacos?
5. ¿En qué sentido cree que es efectivo y cuáles no?
6. ¿Cómo se posiciona usted, desde el pensamiento psicopedagógico, ante lo que se involucra al medicar a un niño por molestar en clase, no copiar lo se escribe en el pizarrón o estar distraído?
7. ¿Considera que hay un sobrediagnóstico de algunas patologías? ¿Por qué?
8. En el caso de que la respuesta sea positiva: ¿Considera que esto conlleva a un aumento de la medicación?
9. ¿Ha oído hablar sobre Biomedicalización? ¿Qué piensa usted sobre esto?
10. En el caso de que la respuesta sea positiva. ¿Considera que influye en el diagnóstico psicopedagógico? , ¿Por qué?, ¿De qué manera?

6- Análisis:

El trabajo de campo fue llevado a cabo mediante una investigación descriptiva, arribando a una imagen esclarecedora del estado de la situación planteada como temática central.

La recolección de datos se efectuó mediante entrevistas, las cuales fueron aplicadas a psicopedagogas del ámbito clínico de la ciudad de Azul, provincia de Buenos Aires. Se eligió dicho instrumento porque ofrece gran flexibilidad en cuanto a las preguntas, ya que se pueden guiar hacia diferentes direcciones, siempre dentro del ámbito del proyecto planteado.

Se utilizara el método cualitativo, considerando que este es el más correcto para la investigación que se quiere conseguir llevar a cabo. Este enfoque al ser interpretativo ofrece mayor riqueza en el análisis de los datos y la observación es más amplia, holística y panorámica. Se considera importante que desde la perspectiva cualitativa se puede interpretar y hacer una reconstrucción de una realidad, lo cual es favorable para esta investigación.

Para comenzar el análisis se considerara la pregunta realizada sobre la opinión de las psicopedagogas entrevistados sobre el uso de psicofármacos.

En general casi todas las entrevistadas, aún a favor o en contra del uso de psicofármacos, concuerdan en que el niño bajo el efecto del tratamiento de medicalización *se transforma, es otro/a niño/a*. Esto puede ser leído de manera negativa o positiva. La apreciación que se hace se fundamenta en los efectos de la medicación sobre el niño, como se menciona en varias entrevistas: *lo despertó, lo dopó* y en lo justificado o no que encuentran el hecho de que el niño reciba medicación. Para esclarecer esto se tuvo que preguntar cómo se consideraban estos cambios desde la perspectiva psicopedagógica, pudiendo arribar a la conclusión de que aquellas psicopedagogas que aludían al término *dopado*, describían al niño/a como si estuviera bajo los efectos de un somnífero, muy aquietado, adormecido. A esto se infiere como respuesta negativa ya que si bien en un principio apacigua el clima en el aula, luego las quejas según los profesionales entrevistados apuntan a la pasividad, la falta de participación en clase y la desconexión.

Una de las psicopedagogas entrevistadas dijo lo siguiente: “Desde la Psiquiatría se pretenderá atacar el síntoma, y es muy recurrente hoy en día, que esto se intente a través de la medicación”. Ante esto se puede inferir teniendo en cuenta la perspectiva a la cual apunta el trabajo desarrollado, que con esto se dejará de lado la

subjetividad de cada niño, solo será un objeto portador de un síntoma, sin tener en cuenta su historia personal, sin comprender que también es un sujeto portador de singularidades. No se intenta plantear que la medicación no sea una forma válida de tratamiento, sino que como se viene desarrollando, el síntoma de todo sujeto siempre tiene una relación con su historia y su entorno, por lo cual lo correcto sería, primero investigar si el problema que lo aqueja, además de un origen emocional, tiene un origen orgánico, y si realmente es susceptible de ser tratado con fármacos, es decir, contemplar a través de haber indagado sobre el origen del síntoma, cuál sería el tratamiento más adecuado

Ante lo anteriormente redactado se debe considerar que cuando se realizó la pregunta mencionada, la totalidad de profesionales entrevistados apuntaron al TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), esto mismo remonta a la primera pregunta sobre cuales son mayormente las consultas que reciben en sus consultorios. Ante este trastorno por lo tanto se subyace la creencia de que la pastilla está afectando por demás al niño/a, de una forma indebida. En estos casos emerge una fuerte percepción de riesgo frente a la medicación y se relaciona el consumo de psicofármacos con problemáticas a futuro.

Partiendo de lo anteriormente dicho y arribando a los enfoques psicopedagógicos que cada profesional del ámbito clínico entrevistado sostiene, se considera la pregunta sobre lo que se involucra al medicar a un niño por molestar en clase, no copiar lo se escribe en el pizarrón o estar distraído. A partir de esto se pudo arribar a que como apunto una de las profesionales entrevistadas: “la idea de que el niño que no molesta, así como el niño que no juega, debe despertar sospechas y no lo contrario”. Dentro de esta perspectiva, aquellos profesionales consultados que responden a un enfoque psicoanalítico señalan que el surgimiento del TDAH en nuestro país se instaló como una novedad que inundó el mercado, seduciendo a padres, maestros, médicos, etc. Por otro lado, junto con otros factores despojó al psicoanálisis y lo colocó en el lugar de una terapia fuera de moda y de poco efecto curativo a corto o mediano plazo. De esta manera los niños desatentos e hiperactivos no pueden ser diagnosticados homogéneamente y marcan que generalmente en el proceso de diagnóstico, prima el punto de vista biologicista (corriente de neurociencia/cognitivista). “Este punto de vista sostiene que la posibilidad de cura está en la medicación como solución mágica y simplificadora de la situación” sostiene una de las colegas entrevistadas.

Se puede inferir a partir de esto que en su lugar, la psicopedagogía clínica de inspiración psicoanalítica ya nombrada en el trabajo, jerarquiza la cara problema del síntoma en el aprendizaje, es decir, lo que significa para el que lo padece y para quienes están implicados en él. El sujeto es convocado a hablar. Se promueven las preguntas, la expresión de sus miedos y expectativas, se trata de que pueda poner en palabras eso que le pasa. Mientras, la práctica psicopedagógica reeducativa, centrada en lo que aparece, parece sostenerse en la idea de un sujeto niño o adolescente que opera como una especie de soporte de funciones cognitivas disociadas, desconectadas del resto de la subjetividad, y que se presupone que debe desarrollarse hasta su maduración sin vaivenes.

Desde esta perspectiva, los diagnósticos y tratamientos pueden anticiparse, estandarizarse y protocolizarse como si los procesos de constitución de la subjetividad, de los que dependen las funciones cognitivas y los aprendizajes, pudieran programarse y reprogramarse como se hace con las computadoras.

En su lugar, desde una mirada muy diferente, la práctica psicopedagógica clínica se centra en la escucha, en la cara enigmática que encubre el signo y constituye el síntoma. Por esta vía se llega a las problemáticas en el aprendizaje, ceñibles y puntuables, pero nunca cuantificables o evaluables en términos madurativos o evolutivos. Se jerarquiza lo singular y se abren preguntas. Por esta razón, las intervenciones, tanto en términos de diagnóstico como de tratamiento, sólo pueden pensarse en función de un recorrido serpenteante y no resultan pasibles de ser estandarizadas, ni son previsibles. En este sentido se considera que es posible identificar fácilmente una determinada dificultad en el aprendizaje, por ejemplo una dislexia, tal como lo hace el mismo maestro o los mismos padres sin necesidad de recurrir a un psicopedagogo.

Lo que difiere en el abordaje clínico psicopedagógico de este tipo de problemáticas, es el elemento nuevo que permite introducir la mirada y la escucha psicoanalítica, y que tiene que ver con la posición que asume ese niño o joven frente a sus dificultades para aprender o sostener una actitud acorde con las expectativas de la escuela. Lo que es muy diferente a focalizar toda la atención en cada signo de la dificultad específica presente en el aprendizaje o la conducta que genere el problema en sí, de manera disociadas, desconectadas del resto de la subjetividad, como por ejemplo la historia particular, las condiciones de vida familiar y escolar de la persona

Desde otro punto de vista, una de las profesionales entrevistadas, expresó lo siguiente: “en el caso de quienes están catalogados con TDHA, puedo decir que son niños que por ejemplo cuando la docente les formula una pregunta, responden antes de escucharla por completo, esto genera una respuesta incorrecta, no por desconocimiento del tema, sino por no haber esperado la formulación completa. Esto hace que en algunas ocasiones se confunda el verdadero potencial intelectual del niño. Y en ciertas ocasiones se distraen con frecuencia, se aburren, y por eso distraen a sus compañeros complicando la difícil tarea del docente, trayendo como consecuencia que el niño sea catalogado o etiquetado por las autoridades escolares como problemático”.

A partir de lo manifestado por la psicopedagoga entrevistada se puede decir que, nos encontramos muchas veces con docentes con dificultades para transmitir y contener a cada niño, con sus propias características. Ya que no debemos olvidar, que el niño también es un ser único, atravesado por su propia historia, que se desarrolla y aprende a su propio ritmo, que reacciona de diferentes formas ante diferentes situaciones, y que se encuentra expuesto a distintos tipos de estímulos en su vida.

En cuanto al TDHA, se puede inferir a grandes rasgos que a partir de la descripción que utilizan en el DSM-IV, cual se informa que dicho trastorno puede tener causas genéticas, debido a que se ha observado que es frecuente que familiares directos lo hayan padecido, así como también se ha encontrado una prevalencia en familiares, de otros trastornos como: trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del aprendizaje, trastornos relacionados con sustancias y trastorno antisocial de la personalidad (DSMIV, 2002, pág. 86).

Varios especialistas apoyan esta postura de origen biológico y genético del TDAH, por diversas razones, por ejemplo: que el síndrome ya se encuentra presente al momento del nacimiento estableciéndose durante la gestación, que esto se debe a que se hallan comprometidos diferentes genes, como también que pueden estar involucrados algunos neurotransmisores, como la dopamina y la noradrenalina.

Por otro lado, si bien hay justificaciones científicas para creer en estas razones, no se puede dejar de tomar en cuenta la influencia que puede tener el ambiente sobre estas mismas causas. Cuando se habla de ambiente se refiere al entorno en su totalidad: época en la que vivimos, personas que nos rodean, adultos referentes, normas de la sociedad, etc.

En cuanto al posicionamiento del psicoanálisis en referencia al TDHA se puede decir que este apunta a que no debemos ver al niño como único actor en este proceso, sino que se debería tomar en cuenta diferentes variables en las que los adultos pueden influir en la desatención o hiperactividad de ese niño. Muchas veces sucede que hay docentes con dificultades para transmitir y contener a cada niño, con sus propias características. A su vez esta corriente apunta a que una posibilidad de que el niño no preste atención puede ser la búsqueda de aprobación afectiva de la maestra, es decir, el hecho de que no esté atento al contenido de lo que ésta dice, no implica que no esté atento a ella, o atendiendo a otra cosa. Afirma que ese niño seguro tendrá una idea formada de las preferencias afectivas del docente, para con él y con el resto de su entorno. Otra causa de desatención es el estar atravesando un proceso de duelo. Un niño en pleno proceso de duelo, no podrá atender prácticamente a nada que no tenga que ver con el ser amado perdido.

Por otra parte en cuanto al sobrediagnóstico se toma la respuesta de una de las profesionales entrevistadas, quien dijo lo siguiente: “el problema más grande consiste en la inespecificidad de los síntomas y en la tranquilidad que produce poner un diagnóstico que, aparentemente, explique todo lo que sucede de disfuncional en el niño o niña, por esto lo que aparece es un sobrediagnóstico, que a mi modo de llamar se resume en un mal diagnóstico”. Ante esto se puede inferir que hay conductas normales en niños de determinada edad que a veces están muy exageradas y que producen síntomas desagradables de adaptación, pero no todo niño que responde a esto tiene TDAH y como profesionales debemos considerar que es crucial entender lo que hay realmente detrás de un comportamiento en particular, porque al igual que en la medicina, el diagnóstico que el niño/a reciba puede cambiar drásticamente el tratamiento apropiado.

Ante la misma pregunta se considera la respuesta de otra profesional entrevistada, quien considera que: “Hay muchos profesionales y no profesionales que están en contacto con este problema (TDAH), y que por lo tanto pueden alarmar respecto a la posible o probable existencia de un TDAH, y eso ocurre especialmente en los colegios. Entonces, desde el punto de vista de las escuelas, si una maestra tiene 30 niños, obviamente los más inquietos te hacen más difícil el trabajo, por lo que hay una tentación a mandarlos al médico para que lo diagnostiquen y les den medicamentos, y con esto los mantengan ordenados. Por eso, sí, por ese lado, considero que hay un sobrediagnóstico. Si un niño no los mira a los ojos fijamente le

diagnostican autismo, si lo llaman por su nombre y no contesta, le diagnostican déficit atencional. Es realmente impactante”.

Otra colega, sostuvo lo siguiente: “Sí, hay un sobrediagnóstico. Desde que empecé a trabajar en clínica, alrededor de 7 u 8 años, me fui planteado esto porque creo que numerosas fuentes coinciden al afirmar que la categoría de TDAH se está aplicando de manera abusiva y una de sus características llamativas es que los niños llegan a las consultas de psicólogos, psicopedagogos, psiquiatras ya prediagnosticados. Este prediagnóstico en muchos casos es formulado por profesores, padres, familiares y conocidos. El problema a mi manera de ver está, en que cuando no coincidimos con ese diagnóstico previo que ya viene dado, los padres se encuentran en una situación muy difícil de tener que elegir entre dos formas opuestas de entender el problema y de tratarlo, lo que incrementa la angustia y la desorientación”.

Ante las respuestas dadas por las profesionales, se puede decir, que es muy importante tanto para los maestros/profesores como para los padres observar cuidadosamente el comportamiento de los niños, ya que este puede ser confundido. El mayor problema, es que cuando los niños son muy pequeños no tienen todas las herramientas para articular lo que sienten por lo que se debe ser concretamente cuidadoso al momento de evaluarlos. Considerando aportes de Gabriela Dueñas, autora destacada en el trabajo realizado, la misma sostiene que estos fenómenos de la patologización y medicalización de las infancias y adolescencias actuales en el que las escuelas juegan un papel clave es un fenómeno que vulnera gravemente los derechos de las infancias, por eso no es un problema ni de salud, ni de educación, sino que es un problema ético. Va a contramano de la legislación. La autora considera que aquí se juegan una serie de variables tanto apócalas, del mercado, las nuevas tecnologías, etc. Todas esas variables no las puede abordar un psicólogo o psicopedagogo solo en un consultorio, ni un maestro en un aula, si no que requieren del trabajo interdisciplinario de miradas y aportes de distintas ciencias y del trabajo en equipos intersectoriales.

En cuanto al aumento de la medicalización se toma la respuesta de una de las profesionales entrevistadas que considera lo siguiente: “Tomar un fármaco no es algo inocuo, la mayoría de estos tienen efectos secundarios que afectan disminuyendo el apetito, alteran la conciliación del sueño, incrementan la irritabilidad, producen alteraciones comportamentales y del sistema cardiaco. Estos efectos secundarios son

más patentes en aquellos casos que se incluyen en el sobrediagnóstico que hablábamos hace un rato”.

Ante la respuesta dada por la profesional se puede inferir que hay que saber que los tipos de medicamentos utilizados para el TDAH tienen sus contraindicaciones tanto de tipo biológico como clínico. La administración de estos fármacos en personas vulnerables puede desencadenar síntomas de la serie psicótica, según lo indagado en diversas fuentes, por ello es imprescindible la correcta exploración psiquiátrica. Solamente con este proceso se puede realizar una planificación terapéutica correcta, que nunca debería iniciarse por la psicofarmacología (disciplina científica que estudia el efecto de fármacos, con especial atención a las manifestaciones cognitivas, emociones/motivacionales y conductuales) como tampoco basarse solamente en ella.

Como se ha redactado en todo el proceso del trabajo realizado, cabe destacar una vez más que centrar el problema en el niño oculta las dificultades que podrían estar existiendo en diferentes espacios. Es en ese escenario donde, con frecuencia, aparecen los supuestos trastornos de aprendizaje y/o conducta y se ubica el foco en la persona que debería aprender y no aprende, en el que debería comportarse y por el contrario inquieta. “Los discursos imperantes tanto de profesionales de la educación como de la salud hacen creer que la escuela y más extensamente la sociedad, es *víctima de niños inadecuados, anormales, enfermos*, sin cuestionarse si existe alguna relación entre la creciente cantidad de niños con supuestos trastornos y la inadecuación del sistema escolar” (Moysés, 2011).

Es importante también tener en cuenta y reflexionar sobre la vida cotidiana que llevamos los adultos, aquellos padres sin tiempo para la crianza, con muchas dificultades para estar en disponibilidad en ese periodo de gran demanda que es la infancia, debido a las grandes exigencias que nos encontramos sometidos en el afán de sostenernos en un sistema que reclama altísimos niveles de productividad para poder subsistir en él.

Desde otro punto de vista, se destaca la respuesta de otra profesional, que alude lo siguiente: “Hace poco leí un ensayo realizado sobre medicalización y patologización de la infancia en nuestro país, en donde se mencionaba un registro de aumento del consumo grandísimo de Metilfenidato (droga utilizada para los casos de TDAH) desde el año 94 al 2005, no recuerdo bien el porcentaje, pero también se mencionaba que en las zonas de mayor poder adquisitivo hay colegios que tienen hasta un 30% de chicos medicados con psicoestimulantes. Otro de los diagnósticos

que suele ser una fuerte vía de entrada para la cuestión de la medicalización en la infancia es el autismo”.

Ante la respuesta de la profesional se indago sobre el artículo que ha mencionado para poder recaudar más información.

En el artículo se menciona que cuando comenzó a hablarse sobre autismo, esta era una rara enfermedad cuya prevalencia, a nivel mundial era de 4 sobre 10.000 niños. A partir de la inclusión del autismo dentro de los cuadros de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) en el Manual Estadístico de Enfermedades Mentales en su cuarta versión (DSM IV) el aumento fue exponencial, pasando a 1 en 166. Sin embargo, en Argentina, así como en otros países, la cifra que está circulando en la actualidad es 1 en 88 niños y específicamente 1 en 59 varones. En los años 2012 y 2013 hubo varias presentaciones de proyectos de leyes en el Congreso Nacional Argentino y en los diferentes Congresos Provinciales para la detección precoz de autismo, con propuestas muy similares que planteaban la obligatoriedad de la inclusión del Cuestionario M-CHAT (Lista de Verificación para el Autismo en Niños Pequeños -Modificada), en el plan nacional de vacunación, a los 18 meses. Se trataba de que los padres completen dicho cuestionario, lo entreguen a un agente de salud, quien debería puntuarlo, sin necesidad de observar al niño y según los resultados le entregaría a los padres un certificado en el que se planteaba el autismo.

Cabe destacar que en el artículo se menciona que también el Forum Infancias, junto a otras organizaciones, expresaron su desacuerdo con estas medidas ya que se suponía que esto generaría una pandemia de diagnósticos de autismo que demarcarían la vida de estos niños y sus padres, patologizando su vida. Considerando que es de preferencia acordar con la detección precoz de problemáticas en el desarrollo, pero siempre cuidando que esto no se transforme en un etiquetamiento temprano de la infancia.

En el artículo también se menciona que la Dra. Faraone y su equipo interdisciplinario realizaron una investigación en todo el país (Se considera de importancia tener en cuenta los siguientes datos preciosos ya que la profesional entrevistada los nombro pero no especificó porcentajes). El Departamento de Psicotrópicos y Estupefacientes de la Administración Nacional de Alimentos, Medicamentos y Tecnología médica (ANMAT) proporcionó datos sobre importación de Metilfenidato correspondientes al período 2005 y 2008, donde se aprecia un significativo incremento, de 47.91 kg en el 2007 a 81.75kg en el 2008. Se halló como dato relevante el uso del fármaco como medio para la construcción diagnóstica. Esto

quiere decir que, en numerosas ocasiones, los niños son medicados con psicoestimulantes y se les dice a los padres que si observan mejorías conductuales en sus hijos, esto significa que el niño tiene TDAH. Ante esto, la reflexión se resume en una gran falacia, ya que de acuerdo a la sensibilidad a la droga, muchos sujetos cambian sus niveles atencionales cuando consumen el medicamento. Por otra parte considera Faraone que este no es un método válido en la ciencia ya que nunca es por la efectividad de una droga que se realiza un diagnóstico.

En cuanto a la pregunta sobre cuál es el conocimiento de los profesionales entrevistados sobre la biomedicalización, se destaca la opinión de una de las psicopedagogas consultadas: “La respuesta es muy compleja y tiene varios matices. Hace un tiempo ya cuando realice mis estudios leí sobre biopoder, manifestado por Foucault, pero teniendo en cuenta la biomedicalización, que está relacionada con el mundo de la farmacéutica considero que ha existido una gran ocupación por parte de la industria farmacéutica de este espacio y de estas funciones formativas, bien programando directamente según sus intereses o bien subvencionando a grupos de profesionales para actividades concretas. Pero en mi opinión la industria farmacéutica busca un beneficio, por esto, ha realizado una formación con claros intereses particulares, por ejemplo, han sesgado la información, han potenciado unas informaciones con relación a otras, han conseguido que su visión formara parte a la hora de confeccionar los sistemas de clasificación, por ejemplo los problemas que aparecieron con la elaboración del DSM-V en cuanto a las defensas de determinadas categorías diagnósticas. También se han limitado alguno de los resultados de trabajos de investigación sobre fármacos concretos y en el caso del TDAH es muy manifiesto”

Considerando la respuesta de la profesional se infiere que los fármacos que se dan, que son estimulantes, anfetaminas, no son propiamente un tratamiento. Los padres pueden suponer que la medicación está tratando, en el sentido de corregir, las supuestas anomalías del niño, de las que derivan los síntomas de atención o hiperactividad. Pero eso no es así ya que las anfetaminas tienen un significado muy claro en el diccionario de la Real Academia, que es "dopaje", término ya utilizado por una de las psicopedagogas entrevistadas. Cuando a los niños les dan estos medicamentos están favoreciendo de manera puntual un rendimiento. Pero consumiendo esto de forma crónica, durante años, los niños están dopados, no tratados. La atención que se consigue es artificial, no es sana.

Este trabajo se realiza con la finalidad de poder ver más allá de la problemática teniendo en cuenta que ese dopaje no es inocuo. Está produciendo, más allá de esa ventaja inicial en el comportamiento del niño, otras consecuencias perjudiciales. Hay estudios en la actualidad sobre los efectos a largo plazo de la medicación que apuntan hacia posibles consecuencias de alteraciones cardiovasculares. Otro efecto también tiene que ver con la detención del crecimiento mientras se sigue el tratamiento.

También hay estudios que muestran trastornos psicológicos de problemas de humor y de ansiedad. Hay especialistas que explican que la emergencia en los últimos tiempos del trastorno bipolar puede ser en muchos casos el resultado del tratamiento del TDAH. De manera que supuestamente remediando un problema se estaría generando otro, que a su vez va a requerir otros medicamentos para su solución.

Ante la misma pregunta se hará enfoque en la respuesta de otra profesional interrogada: “El termino biomedicalización en si no lo he oído hablar pero si, no hace mucho leí un artículo hecho por varios profesionales del ámbito clínico y social que hablaba sobre la industria farmacéutica y la medicalización en la infancia. En el artículo se destacaba al TDAH como analizador privilegiado para conocer las características del proceso de medicalización, por varios motivos, en primera parte porque el centro de las acciones son los niños, sujetos que históricamente han estado en el foco de las estrategias de la medicalización, con esto el artículo hacía referencia a cuestiones analizadas por Foucault. Segundo porque reformula un viejo problema que es la conducta infantil, en términos acordes a las nuevas formas de gestión del disciplinamiento de las poblaciones, por eso, las técnicas que se despliegan pueden extenderse como metodología para el tratamiento de otras situaciones, problemas o faltas de adaptación a los modelos socialmente esperados y aceptados. Otro aspecto que se destacaba es que la estrategia de medicalización incluye medicación que son psicoestimulantes en su tratamiento, lo cual abre una serie de consideraciones en relación al rol de las industrias farmacéuticas y la difusión de los fármacos como solución naturalizada. Por supuesto que más allá de que los psicopedagogos no somos quienes nos ocupamos de esto, somos uno de los primeros eslabones que no debemos trastabillar en el diagnóstico del niño, generando una etiqueta o rotulo que conlleve al desenlace de la mala medicación”.

Como análisis a la respuesta de la psicopedagoga entrevistada se puede inferir que la medicalización como proceso histórico viene siendo abordado desde hace varias décadas y en múltiples campos. La medicalización refiere al proceso progresivo

mediante el cual el saber y la práctica médica incorporan, absorben y cultivan esferas, áreas y problemas de la vida social y colectiva que anteriormente estaban reguladas por otras instituciones, actividades o autoridades, como la familia, la religión, etc.

En estos procesos la industria farmacéutica tiene un rol prioritario tanto en la construcción de las conocidas estrategias de configuración diagnóstica como en los abordajes terapéuticos, siempre centrado en el consumo de un fármaco. Así se destaca que sus acciones configuran nuevos modos de comprensión de la subjetividad humana y de las formas de padecimiento, transformando en trastornos o en enfermedad situaciones que antes pertenecían a otras dimensiones culturales y sociales de la vida cotidiana.

Otra cuestión que surge a partir de las entrevistas realizadas es la fuerte cuestión del marketing en la problemática analizada.

El marketing farmacéutico se puede señalar como la estrategia para moldear la opinión del público y de los proveedores de salud para maximizar sus ventas y facilitar la introducción de sus productos en el mercado. Es decir, establecer la necesidad del fármaco y crear el deseo entre el público. Los expertos en publicidad trabajan para cambiar la percepción que se tiene sobre los comportamientos, la salud y las enfermedades que supuestamente se padecen. Para expandir el mercado, los laboratorios no sólo usan las tradicionales tácticas de marketing, sino que han incursionado en otras formas innovadoras tales como financiamientos a asociaciones de pacientes y familiares, publicidad directa de medicamentos bajo prescripción, publicidad encubierta usando campañas de concientización, compra de secciones en programas de televisión, incluyendo programas de noticias, uso de Internet y campañas públicas con postas sanitarias ambulantes y muestras de salud para detectar población de riesgo y aumentar la demanda de servicios y en muchos casos de medicación.

La última pregunta de la entrevista estuvo enfocada en si la biomedicalización puede inferir de alguna manera en el diagnóstico psicopedagógico. Para analizar dicha cuestión se tendrán en cuenta las respuestas de aquellos profesionales que pudieron explayarse sobre la temática.

Una de las psicopedagogas entrevistadas respondió lo siguiente: “Si, yo creo que si porque que la medicación suele ser la primera salida frente a las dificultades de aprendizaje, indicada en muchos casos desde los mismos docentes, presionados a su vez por las exigencias sociales, tanto de los padres como de las autoridades, de que todos los niños deben ir a un mismo ritmo. Estamos inmersos en una sociedad en

donde lo que importa es el rendimiento, la eficacia, en la que el tiempo ha tomado un aspecto urgente y los niños están sujetos a la cultura de la inmediatez. Por otra parte considero que la cuestión de tener, por así decirlo, la obligación de dar un diagnóstico a los padres, al médico, a los docentes y que sea de manera inmediata nos obliga a que quizás este no se haga de manera adecuada teniendo ponerle un nombre a aquello que le sucede al niño”.

Respecto a la respuesta transmitida por la entrevistada se puede inferir que debemos recordar siempre a cada agente de la educación que no todos aprenden de la misma manera, cada uno aprende a su ritmo y con su nivel. Por eso se considera que desde nuestro rol se pueda ayudar a crear nuevos contextos que se adapten a las individualidades de cada alumno, ya que aún se encuentran algunas resistencias en determinados docentes.

Diversos estudios indagados a partir de la recolección de datos para este trabajo, han demostrado que los chicos reaccionan a las expectativas que ponen en ellos sus docentes y amoldan su rendimiento a ese espejo. No se nace siendo buen o mal alumno, sino que las oportunidades educativas son desparejas para algunos y también las expectativas puestas en ellos. Por eso sería esperable que el sistema educativo dejara de pretender estándares iguales en cuanto al logro de las expectativas de aprendizaje de sus alumnos para abrir otro espacio, otras posibilidades, teniendo en cuenta las diferencias individuales y trabajar ante todo favoreciendo sus potencialidades, partiendo de lo que sabe hacer cada uno y no lo que no puede o de sus dificultades.

A partir de la pregunta realizada, otra colega entrevistada respondió lo siguiente: “ En mi opinión creo que más allá de la desconsideración que sobre los efectos que sobre la salud física pueda acarrear la administración innecesaria o inadecuada de drogas psicoactivas en organismos en pleno desarrollo, resulta preocupante además, observar la sugestiva falta de atención que caracteriza a estos abordajes respecto de todos aquellos aspectos que hacen a la subjetividad de estos niños, al omitir de manera sistemática, tanto en los diagnósticos como en los tratamientos propuestos, todo tipo de referencia a sus vivencias afectivas, como así también a sus historias y condiciones de vida familiares, escolares y demás”

Según lo expresado por la psicopedagoga entrevistada se puede inferir que lo esencial del diagnóstico radica en intentar conocer la posición del sujeto, en cómo se sitúa en relación a su síntoma. Se trata de mirar y escuchar de qué manera se muestra

el niño o el joven en relación a su problema en el aprender. Por esta razón, lo que importa es lo que dice en relación a esto, porque alude a su posición subjetiva.

Se puede decir que se encuentra con el diagnóstico una explicación o una justificación a los problemas que tienen con los niños. Da la impresión de que los padres estuvieran interesados en encontrar algo anómalo, que mereciera el calificativo de enfermedad, en vez de entender ese problema en un contexto más normal, quizás relacionado con la educación de los hijos, que no es solo una tarea de los padres, si no que a lo mejor, la educación de los niños es más difícil en nuestra sociedad de hoy que lo fue en cualquier otra época.

Por otra parte se puede decir que, se entiende al diagnóstico como el análisis detallado de lo que el sujeto dice, de sus producciones y de su historia. Desde esta perspectiva el diagnóstico es algo muy diferente a poner un rótulo, es un proceso que se va construyendo a lo largo del tiempo y que puede tener variaciones, ya que todos experimentamos transformaciones y en los niños y adolescentes, estructuraciones y reestructuraciones sucesivas determinan un recorrido en el que se suceden cambios, progresiones y retrocesos. Las adquisiciones se van dando en un tiempo que no es estrictamente cronológico. Por eso los diagnósticos dados como rótulos pueden ser nocivos para el desarrollo psíquico de un niño.

Po último en cuanto a la biomedicalización, se puede manifestar que con una pastilla suelen silenciarse conflictivas y aplacar pedidos de auxilio que no son escuchados como tales., práctica que es muy diferente a la de medicar criteriosamente.

Un medicamento debe ser un recurso dentro de un abordaje interdisciplinario que tenga en cuenta las dimensiones apócales, institucionales, familiares y singulares.

Se puede argumentar dicha afirmación a través de varios factores. Por un lado esa insistencia de normalizar o normativizar la conducta del niño, de acuerdo a lo que sería correcto, socialmente aceptado. Si un niño presenta signos de impulsividad o hiperactividad, no se debe pensar directamente que se deba a una causa orgánica, sin haber investigado a través de su discurso, el motivo de su manifestación conductual. Ya que tras lo expuesto en este trabajo, se puede inferir que la causa de éstas en los niños se podría deber a que los padres depositan en ellos sus propias expectativas y frustraciones, como así también sucede en muchos casos con los docentes a cargos.

Por consiguiente, implementar un tratamiento farmacológico en estos casos, parece no tener sentido, teniendo en cuenta los efectos contraproducentes de la droga utilizada.

7. Conclusión:

Se arriba a la conclusión de que la difusión de los fármacos como solución se ha naturalizado y ha ingresado en el discurso familiar, escolar y médico suponiendo a la medicación como el principal tratamiento a los problemas de atención y de conducta.

Las intervenciones de la biomedicalización se dirigen a remediar rápidamente el síntoma y no a reflexionar acerca de la índole de su existencia. La tendencia a la medicación en niños inquietos demuestra un tipo específico de práctica que anula los conflictos donde el sujeto mismo, en su perspectiva integral, es negado.

Por otra parte se considera que el rol de la industria farmacéutica parece haberse convertido en el discurso hegemónico dentro de la construcción del TDAH como enfermedad. Discurso que configura un modo de comprensión de la subjetividad humana que niega la naturaleza social, cultural e histórica del comportamiento humano.

En conclusión la salud ingresa a la esfera económico-mercantil en la medida en que se ha convertido en un objeto de consumo, en un producto que puede ser fabricado por los laboratorios farmacéuticos y consumido por los enfermos reales o posibles. Es en las grandes empresas farmacéuticas donde se ubican los destinos de la rentabilidad económica que derivan de la enfermedad y la salud.

Otro aspecto a cuestionar que surge a partir de las investigaciones realizadas para desarrollar el trabajo, es la descripción del DSM IV en relación al TDAH, considerando que utiliza tanta cantidad de características, llamadas por éste síntomas, que se puede llegar a englobar, en ciertos términos, a casi toda la sociedad en él, por lo tanto se puede inferir que una de las causas de la gran cantidad de niños con dicho diagnóstico se deba a esto.

A partir de las entrevistas analizadas se considera importante también destacar la postura de los docentes frente a la medicación, la cual se puede concluir que evidencia posturas no homogéneas, incluso en algunos casos contradictorias. Esto se ve sobre todo en aquellos casos donde se muestra un quiebre entre aquello que se piensa como lo deseable y lo que en la práctica deben afrontar. En este espacio de quiebre es donde la medicación asume un espacio destacado, es decir, en general existe consenso en que la medicación no es el tratamiento más adecuado para este tipo de problemática. Sin embargo, actualmente sigue estando en vigencia la idea de

que una respuesta terapéutica ante la aparición de un problema de aprendizaje es la medicación.

Frente a una situación crítica la medicación muchas veces cumple el rol clave de calmar el clima del aula, que muchas veces traspasa y se extiende a la escuela e incluso a casas de otros niños. En estos últimos casos, la pastilla es el último recurso y la notificación para que el niño permanezca en el establecimiento ante el reclamo de los padres de los otros niños que protestan por las agresiones o maltratos del *niño problema*. Cuando el proceso llega a este punto, el niño es estigmatizado como problemático por el conjunto de la comunidad educativa y sufre las consecuencias no sólo en el espacio escolar sino fuera de él. La pastilla, entonces no sólo resulta un ultimátum por parte de la escuela sino que se percibe eficaz para descomprimir una situación que afecta al niño y su grupo de pares, familia y escuela. Sin embargo, frente a situaciones similares aparecieron testimonios que ponen el foco en lo que la pastilla encubre o bien, se le cuestiona su efecto sobre el cuerpo y la subjetividad del niño, por lo cual se concluye que la temática principal del trabajo es una cuestión de debate constante inclusive en el ámbito educativo.

Teniendo en cuenta los paradigmas de la Psicopedagogía se puede inferir que a partir de las entrevistas y el análisis de las mismas, en las profesionales entrevistadas predomina el posicionamiento psicoanalítico, donde el foco está en no mirar al niño como un sujeto fragmentado si no en su totalidad, considerando el contexto familiar, escolar, social y todo lo que implica en la construcción de la subjetividad del niño.

Por otra parte se concluye que debemos tener presente como agentes de la salud y como parte de la sociedad que el único fin y más importante, debería ser trabajar por la salud de esos niños/as, y ayudarlos con las herramientas que sean necesarias. Se considera que siendo más conscientes del riesgo que supone para la salud del niño el sobrediagnóstico y siguiendo las recomendaciones por parte de los profesionales implicados, se evitarían muchas etiquetas injustificadas y sobre todo muchos problemas asociados a la medicación innecesaria.

Por tanto se considera que la mayoría de las interrogantes propuestas al principio del presente trabajo, lograron ser respondidas, otras siguen generando incertidumbre, pero se pretende remarcar que el objetivo pudo ser cumplido, concluyendo que lo indispensable para mejorar la situación que está atravesando nuestra niñez es un correcto diagnóstico y tratamiento de patologías, siempre tomando en cuenta el contexto y la subjetividad de cada sujeto, logrando así no catalogar

erróneamente conductas que no conforman una enfermedad, así como también lograr un correcto diagnóstico diferencial para no confundir patologías.

Con esto no se quiere decir que la medicación no se vuelva un recurso necesario en casos puntuales, pero desde nuestro posicionamiento como profesionales nunca debe ser el único, porque siempre que pensemos en alguien con problemas de aprendizaje, tenemos que tener el claro que un ser humano no es solo un organismo ya que todos nacemos y nos desarrollamos en un contexto, donde tenemos experiencias buenas y malas, donde creamos diferentes lazos afectivos. El diagnóstico y tratamiento que llevemos adelante solo resultara positivo si se tiene en cuenta esto ya que el problema de aprendizaje nunca tiene una única causa. En definitiva a lo que se apunta en este trabajo es destacar que la persona tiene que ser visto siempre de manera íntegra, ya que no podemos fragmentar o reducirlo a un organismo que se recupera solamente con un medicamento, el cual, de ser necesario, siempre debe ser prescripto por un profesional especializado en el marco de un tratamiento específico.

8- Bibliografía:

- Libro “Comprende la psicología”, SIGMUND FREUD, el fundador del psicoanálisis. Editorial SALVAT
- Libro “Un viaje a las profundidades del yo” Freud. Marc Pepiol
- Texto “El tratamiento Psicopedagógico” Lic. Hebe Novillo Martínez
- Libro “Miradas constructivistas en psicología de la educación”, Gerardo Hernández Rojas. Editorial PAIDÓS
- https://www.academia.edu/Paradigmas_psicopedagogicos
- <https://www.centropsicoanaliticomadrid.com/publicaciones/revista/numero-20/medicalizacion-ninose-trastorno-deficit-atencion-hiperactividad-tdah/>
- http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/iriart_celia_medicalizacion_2016.pdf
- <http://www.unsam.edu.ar/tss/celia-iriart-el-complejo-medico-industrial-interviene-en-el-estilo-de-vida/>
- https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/icse/v21n63/1807-5762-icse-1807-576220160808.pdf
- <file:///C:/Users/MicroHard/Downloads/2152-7571-1-PB.pdf>
- <http://cdsa.aacademica.org/000-062/1874.pdf>
- <file:///C:/Users/MicroHard/Downloads/Dialnet-DelConceptoDeParadigmaEnThomasSKuhnALosParadigmasD-4038923.pdf>
- [file:///C:/Users/MicroHard/Downloads/b76581_psicoanalisis-y-psicopedagogia-1_%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/MicroHard/Downloads/b76581_psicoanalisis-y-psicopedagogia-1_%20(3).pdf)
- https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31113092/monereo6.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEL_USO_ESTRATEGICO_DEL_CONOCIMIENTO1.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20191123%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20191123T185630Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=4ddad9360b53a87e1c6d9025bea4bc22c1e8f1692557e41b74e41cfdbda464e1
- <https://www.isep.es/actualidad-neurociencias/aprendizaje-y-cerebro-nuevo-conocimiento/>
- <https://www.topia.com.ar/articulos/medicalizaci%C3%B3n-de-la-infancia-una-mirada-desde-la-complejidad-de-los-actores-y-las-pol%C3%ADtic>
- <https://www.isep.es/actualidad-neurociencias/neurodesarrollo-y-dificultades-aprendizaje/>