

Importancia del abordaje clínico de los problemas de aprendizaje frente a la tendencia a medicalizar a las infancias y adolescencias actuales

Gabriela Dueñas
Autor referente: duegab@hotmail.com

Universidad del Salvador (Argentina)

Historia editorial

Recibido: 21/01/2013

Aceptado: 18/04/2013

RESUMEN

Este trabajo pretende visibilizar la importancia del papel que -en la emergencia, consolidación y expansión del fenómeno de “la patologización y medicalización de las infancias y adolescencias”- parecen desempeñar hoy cierto tipo de criterios de abordaje de las problemáticas en el aprendizaje con las que nos interpelan en la actualidad tantos niños y adolescentes desde las aulas. Para esto, se hace referencia a prácticas psicopedagógicas de tipo re-educativas, a partir de las cuales se cuestionan las miradas cognitivo conductuales en las que se apoyan y se

establecen diferencias con el tipo de intervenciones que -en su lugar- se propone desde un enfoque clínico psicopedagógico y de la psicología educacional, con el objeto de contribuir a que los discursos provenientes de este ámbito comiencen a ocupar un lugar central en la agenda que sobre estos temas se desarrollen, dado que -con frecuencia- se observan postergados y relegados al campo educativo como si nada tuvieran que ver con lo que hace a la especificidad de lo clínico y la incidencia que éstos tienen en los procesos de constitución de la subjetividad .

Palabras clave: Problemas de aprendizaje; Enfoque clínico; Intervenciones subjetivantes.

ABSTRACT

This work pretends to visualize the importance of the role that in the emergency, consolidation and expansion of the phenomenon of pathological view and over medication of the present childhood and adolescence seem to perform today certain types of criteria on which to base the undertaking of learning problems we are today faced with by children and teenagers in the classroom. To get this aim, we refer to re educated psycho educational practises, from which the cognitive-conductual views are questioned where they supported on, and

different interventionist typed are proposed from the clinical psycho pedagogical and psycho educational approach. With the aim of contribute to lectures from this area start to occupy a central place in the schedule developed on these subjects, considering that, frequently, they are postponed and relegated to the educational area, as if it had no connection with “the clinical” and the impact they have in the processes of establishing the subjectivity .

Key Words: Problems; Learning; Clinical focus; Subjectivity intervention.

En los últimos tiempos, la expansión del fenómeno de “la patologización y medicalización de las infancias y adolescencias” ligado a dificultades que se expresan en el ámbito de lo escolar ha venido constituyéndose -sin dudas- en uno de los principales problemas con los que se ve interpelado el enfoque clínico de las problemáticas en la niñez y la adolescencia en el campo de la salud mental.

En este sentido, lo que se pretende con este trabajo es visibilizar la importancia del papel que -en su emergencia, consolidación y expansión- parecen desempeñar hoy cierto tipo de criterios de abordaje de las problemáticas en el aprendizaje que ponen de manifiesto tantos niños y adolescentes, con el objeto de contribuir a que los discursos provenientes del campo de la psicología educacional y la psicopedagogía comiencen a ocupar un lugar central en la agenda que sobre estos temas se desarrollen, dado que -con frecuencia- se observan postergados y relegados al terreno de lo educativo como si nada tuvieran que ver con lo que hace a la especificidad de lo clínico.

Para esto, parece necesario comenzar por delimitar el espacio en el que se inscribe la clínica que sostenemos quienes somos consultados cuando alguien no aprende o lo hace con dificultadesⁱ, ya sea que esto se produzca en el ámbito de un consultorio privado, hospitalario o bien en la misma institución escolar.

Al respecto, resulta esclarecedor considerar que con la expresión “clínica psicopedagógica”ⁱⁱⁱ se hace referencia a un quehacer emergente en un campo

interdisciplinario que se sustenta en una perspectiva teórica compleja para cuya comprensión resulta conveniente apelar a una metáfora matemática -tal como propone Clemencia Baraldi (1993)- en la que resulta funcional pensar que tenemos un eje de coordenadas X-Y que sirven de borde a un espacio, sin cerrarlo por ello.

Sobre el eje de la X está situado el cuerpo teórico del psicoanálisis y, sobre el de las Y, la teoría genética y otras que dan cuenta de la construcción de determinadas construcciones cognitivas. A estas coordenadas propuestas –siguiendo con Baraldi (1993) – se agregan algunas puntualizaciones:

Sobre la X quedan inscriptas: síntoma-saber- transferencia.

Sobre la Y agregamos: signos –estructura cognitiva (estadio del pensamiento-madurez viso motriz, nivel de funcionamiento intelectual)– conocimiento.

Profundizando en estas consideraciones que refieren al marco teórico en el que se apoya el enfoque clínico en psicología educacional y psicopedagogía, resulta importante entonces comenzar por establecer ciertas diferencias conceptuales a partir de las cuales distinguimos entre “síntoma” y “signo” de modo de poder comprender por ésta –entre otras– las principales discrepancias que se sostienen con el tipo de intervenciones propuestas por los enfoques de tipo pedagógico-reeducativo.

“Signos” y “síntomas”

Al respecto, resulta conveniente decir -a modo de aproximación- que cuando hablamos de “signo” estamos haciendo referencia a lo que es “observable”, a lo que se puede ver, es decir, a todas aquellas características que pueden

detectarse a través de una evaluación clínica, que -en nuestro caso- remite a la posibilidad de determinar cuáles son las principales dificultades, como así también los “aprendizajes posibles” que motivan la consulta, y que -como suele suceder frecuentemente en nuestro ámbito- por lo general tuvo su origen o está determinada por una derivación realizada por la propia escuelaⁱⁱⁱ a la que concurre el niño o el joven ante la observación de sus maestros de un rendimiento descendido o con altibajos .

Retomando el tema de las coordinadas propuestas por Baraldi (1993), diremos en relación a este aspecto de la cuestión que todo lo que se enmarque dentro de la estructura de la cognición pertenece a la cara del “signo” y que -desde nuestra perspectiva- para evaluarla, no es imprescindible recurrir a pruebas estandarizadas ya que la observación de las producciones verbales, gráficas y los juegos espontáneos que realiza el niño o el adolescente por el que se consulta, como así también los informes que sobre él realiza la escuela, suelen ser suficientes para determinar su *nivel de funcionamiento intelectual en ese momento particular de su historia* en el que -por su edad- “es traído” por sus padres^{iv}.

En su lugar, lo que nos interesa es identificar los principales aspectos que dan cuenta de su modo de funcionamiento cognitivo en ese momento^v, porque -de acuerdo a lo que sabemos a partir de los aportes de la psicogénesis- los mismos remiten a una estructura que está en construcción, y que ésta –

además- se constituye de modo tal que no es sin consecuencias saltarse algún eslabón.

La importancia de *“situar en qué punto del eje de las Y se encuentra”* posicionado el niño –identificando, por ejemplo, las hipótesis en la construcción de la lectura en la que se encuentra, si tiene pensamiento operatorio, etc.- reside fundamentalmente en que esto nos posibilitará saber – tal como se anticipó- *“cuáles son los aprendizajes posibles desde el punto de vista de la cognición”* en este momento particular de su historia (Baraldi, 1993).

Ahora bien, conocer esta cara del “signo” de la cuestión poco nos sirve si deseamos la cara del “síntoma”. La cara del “síntoma” alude a lo que el paciente “cree” y puede decir acerca de lo que le pasa.

Desde la perspectiva psicoanalítica -que retomando nuevamente el tema de las coordenadas ubicamos en el eje de las X- sabemos que el tratamiento sólo es posible en relación al síntoma. *“Más aún”* -agrega Baraldi (1993/- *“no sólo es necesario sino que resulta fundamental que el paciente teorice acerca de por qué él cree que le ocurre lo que le ocurre”*, es decir, que se pregunte acerca de ¿por qué no aprende?, o si lo hace, ¿por qué con estas dificultades?, dado que si no las reconoce como propias, y las dificultades en el aprender permanecen situadas como algo del orden de lo ajeno, de lo externo, como “aquello que le preocupa sólo a sus padres y o a sus maestros”, él mismo se quedará por fuera de toda posibilidad de tratamiento, consolidándose así en una posición de “objeto” pasivo de la preocupación de los adultos que lo llevaron a consulta.

Al respecto, resulta fundamental comprender entonces que quedarse sólo con la cara del “signo”, trabajando desde “lo reeducativo”, supone saltarse al “sujeto”, renegar de su subjetividad, en la medida que este tipo de intervenciones -al proceder de este modo- parecen apoyarse en una idea de niño o adolescente concebido de manera recortada, como si éste fuese sólo una especie de “soporte” de funciones cognitivas aisladas y descontextualizadas, a partir de lo cual –de manera semejante a lo que se hace con una computadora- cuando algo no funciona, sólo hay que re-programar.

Para quienes trabajan en psicología educacional y en psicopedagogía desde este tipo de enfoques reeducativos que suelen denominarse cognitivo-conductuales, importa más la “dislexia” o el supuesto “ADD-H” como “entidad nosográfica”, que el niño, la niña o el adolescente que la padece, desconociendo de esta manera -nada más y nada menos- que al sujeto en cuya historia se inscribe -de manera singular y propia- la dificultad para aprender. En total acuerdo con lo que dice Baraldi (1993): *“para nosotros, en la medida que el psicoanálisis constituye un referente, no solamente teórico, sino ético, este estilo de trabajo queda descartado”*.

Ahondando en esta dirección, desde la perspectiva clínica psicopedagógica, sostenemos que -en la medida que nuestras intervenciones pretenden ser en todo momento “subjetivantes”- éstas deben orientarse desde un primer encuentro a que el niño se desplace de la posición de “objeto” de preocupación de sus mayores, por cuyas dificultades para aprender consultan (y acerca de las cuales por lo general, en un principio, parecería ser que nada quiere saber)

a la de un “sujeto” comprometido con lo que le ocurre, que se cuestiona, habla y se escucha hablar acerca de sus dificultades porque “desea saber” acerca de lo que lo que lo aqueja. Es decir, que pase del “no sé para que vengo” a “vengo porque no sé”.

Que el “signo” devenga en “síntoma”

En este sentido, insistimos en sostener que lo importante es que el “signo” - aquello acerca de lo cual sabemos por la maestra, los padres, los test- devenga en “síntoma” para el niño, de modo que la dificultad se transforme en un “problema” acerca del cual, lo que importa -fundamentalmente- tiene que ver con la posibilidad de que se arriesgue a saber algo acerca del mismo, de sí mismo.

Al respecto, y como dice A. Fernández (2000)- es necesario tener presente que la posición de preguntar (se) permite al sujeto situarse “entre” aquello que conoce y aquello que no conoce -que toda pregunta incluye- generándose así un movimiento, a partir del cual se va a nutrir su “deseo de conocer”.

Ahondando en este tema, resulta oportuno también, recordar que la posibilidad de “interrogar-se” acerca de lo que le ocurre va ineludiblemente acompañada de cierta “curiosidad”, cuya función -tal como expresa Grimau (2003)- *“conviene maximizar a través de todas nuestras intervenciones, teniendo en cuenta el sentido del término “curiosidad”, palabra latina que viene de “cura” que significa “asistencia que se presta a un enfermo”, “cuidado”, “solicitud”.*

“Curiosear, pues, en los pliegues del alma, aún cuando ésta se muestre resistente en un discurso penumbroso” (Grimau, 2003).

Por eso, desde un primer momento, invitamos al niño a hablar sobre lo que le pasa, a preguntarse por qué viene a vernos, más allá de la información que - acerca de la dificultad por la que es traído a consulta- provean quienes lo traen o pueda inferirse a partir de la administración de una batería de técnicas psicométricas.

Pero el término “curiosidad”-retomando lo de su etimología- significa también “cuidado”, lo que alude a la importancia de ser “cuidadosos” con nuestras intervenciones tanto con el niño o el joven, como con sus padres y maestros, es decir, a la necesidad de avanzar siempre con nuestras interrogaciones pero “con cuidado” ante la emergencia de sentimientos ambivalentes que tienen que ver con lo que el psicoanálisis conceptualizó como “beneficio secundario” de la enfermedad.

Acerca del síntoma problema de aprendizaje

Acerca de este tema, sabemos también que todo “síntoma” –en principio- pone de relieve su aspecto disarmónico, manifestando lo que “no funciona” para el sujeto que se encuentra “enredado” en él. Por esta razón, advertimos además, que tampoco alcanza sólo con que el niño reconozca como propia la dificultad por la que fue traído a consulta, sino que resulta necesario que pueda dar un paso más, de modo que llegue a preguntarse ¿qué me quiere decir esto que me pasa? Trabajo nada sencillo -si los hay- que requiere de mucha “paciencia”, “capacidad de interrogación” y posibilidades de “escucha atenta” (atención flotante), teniendo en cuenta que –como dice A. Fernández (1987) el síntoma que nos ocupa *“no es otra cosa que la inteligencia atrapada, es decir, la*

creatividad encapsulada, la curiosidad anulada, la renuncia a pensar, conocer y crecer”.

Al respecto, resulta necesario considerar que el “código” que elige el síntoma nunca se selecciona por azar. Si el síntoma consiste en no aprender, si el lugar elegido es el aprendizaje y lo atrapado la inteligencia, está indicando algo referido al saber u ocultar, al conocer, al mostrar o no mostrar, al apropiarse. Es –tal como lo describe A. Fernández (1987)- como una máscara que pretende tapar pero muestra.

“En el síntoma problema de aprendizaje, el mensaje está encapsulado y la inteligencia atrapada; no posee las palabras objetivantes, ni los recursos de la elaboración cognitiva están disponibles” (Fernández, 2000).

Para procurar la remisión de esta problemática, continúa A. Fernández (1987) resulta necesario entonces encarar el trabajo apuntando a *“desatrapar la inteligencia y movilizar la patológica circulación del conocimiento”*

Al respecto, resulta fundamental tener siempre presente que sólo el niño o el joven sabe lo que le pasa y por qué le pasa, aunque se trate de un *“saber inconsciente”, del que el “síntoma” es sólo una expresión* (González, 2001).

Si nos detenemos simplemente en lo fenoménico, lo descriptivo, lo que lograremos es aplastar al sujeto que se encuentra más allá de la dificultad que muestra. Dificultad que –profundizando en lo que se viene diciendo acerca de la importancia de entenderla como “síntoma”- sabemos a partir del psicoanálisis que “alude” y “elude” a un conflicto que, en este caso, el niño o el joven “enuncia” a través de su “renuncia” a aprender.

Resulta necesario entonces, hacer referencia en esta instancia a otro dispositivo clave que -desde la clínica psicopedagógica- también tomamos del psicoanálisis y que refiere a la “función de la transferencia”.

La función de la transferencia en la clínica psicopedagógica

La transferencia constituye *“una ilusión en la cual el sujeto cree que su verdad se encuentra ya en el analista y que éste la conoce de antemano. Este “error subjetivo” es inmanente a la entrada en análisis”* (Quinet, 1991). Al respecto, resulta importante tener presente que *“si bien el analista presta su persona para encarnar a ese “sujeto supuesto saber”, no debe identificarse con esa posición de saber, puesto que se trata de un error”* (Quinet, 1991).

La posición del psicopedagogo entonces, no es la de ubicarse en el lugar de saber que le pasa al niño, porque lo que sí sabe -y no debe olvidar- es que esto se funda en un malentendido. Su posición, en todo caso, mucho más que ubicarse en el lugar del saber, tiene que ver con la ignorancia. No la de la simple ignorancia, sino la “docta ignorancia”, aquella a la que refiere Miller (1997) cuando dice que el analista *“voluntariamente, ignora hasta cierto punto su saber para dar lugar al surgimiento de un saber por parte del paciente que tiene que ver con la singularidad subjetiva.”*

Tengamos presente que la resolución de buscar un profesional está vinculada a la hipótesis de que hay un saber en juego en el síntoma. La función del psicopedagogo es saber utilizarla. Debe ocupar el lugar del “supuesto saber” para luego correrse de ese lugar de modo que se nos perciba como

“representantes” del conocimiento pero no como “el conocimiento” mismo. Esta es la clave para que el “saber” circule. En ese ¿por qué no se?, el psicopedagogo no pondrá respuestas sino que formulará preguntas, abriendo espacios para que el niño pueda desplegar sus posibilidades de pensar, hacer, jugar y aprender.

Acerca del “saber” en juego en el “síntoma”

“Develar la verdad puesta allí en juego, manifiesta la particularidad de la maniobra del psicoterapeuta, posibilitando así situar el saber ya no sobre su persona sino en el decir mismo de los enunciados que circulan” (Baraldi, 1999).

Lugar complejo en el que como psicopedagogos somos situados, lugar de poder. Lugar difícil en tanto que nos consultan porque “no aprende” y nos ubican en un lugar de “saber”. Un saber que por un lado es “efectivo” y -por otro- es puro supuesto porque -tal como dice Baraldi (1993)- *“solamente si podemos sostenernos en ellos (fenómenos transferenciales) y operar desde allí, esto es, solamente si podemos soportar un lugar al que se le supone un saber, lograremos que el saber circule”*, permitiéndole así al niño o adolescente que pase de estar ubicado en una situación en la que “no puede”, a otra posición simbólica en la que sí pueda hacerlo, lo que posibilita la articulación de los procesos simbólicos y del aprendizaje.

“Nuestra tarea –entonces- apunta a lograr que el espacio de tratamiento se transforme en un “espacio transicional” en el que sea posible reconstruir el espacio de juego y creatividad de nuestro paciente, que es matriz del aprender” (Fernández, 2000)

En este sentido, el único saber que el psicopedagogo tiene sobre el niño o el joven es hacia dónde dirigir la cura.

Tampoco se trata de no hacer diagnósticos. Ellos son necesarios para cualquier proceso terapéutico o de orientación, pero *así como se incluye a un sujeto dentro de un cuadro, debemos poder sacarlo de él para escucharlo y aproximarnos a su realidad subjetiva*". (González, 2001)

Para lograr esto, es necesario generar espacios para que el niño pueda preguntarse ¿qué me pasa?, ¿por qué no se?, considerando en todo momento que –tratándose de niños- el dibujo y el juego, no sólo la palabra, aparecerán sosteniendo esta posibilidad.

El “síntoma” como una manifestación de la subjetividad

Ahora bien, retomando aquello acerca de lo que hace a la especificidad característica del enfoque clínico en psicopedagogía y psicología educacional, sabemos también -a partir del psicoanálisis- que cada síntoma se significa singularmente.

Las significaciones que lo construyen son propias de cada uno, aunque en su constitución intervienen “otros” a partir de las diferentes experiencias por las que transita cada sujeto en su historia, fundamentalmente las que tienen lugar en el grupo familiar, como así también en el ámbito escolar^{vi}, inmersas en un determinado contexto socio cultural marcado por lo epocal.

Trabajar con niños y adolescentes entonces, supone también escuchar a los padres y a sus maestros.

Al escuchar “hablar de...” -entre otras cuestiones no menos importantes pero que exceden los límites de este trabajo- se abre un espacio a partir del cual se construye una vida. Un niño pasa a existir. Se habla de él y para él. Se le hace un lugar en el discurso de sus adultos (padres, maestros) donde antes había solo un “síndrome”, un “trastorno”.

En su lugar, ahora aparecen preguntas: hay una nueva posibilidad.

Considerar al síntoma en el aprender atendiendo al modo en el que éste se hace parte del sujeto y no en su aspecto descriptivo, donde se pierde al sujeto y nos quedamos sólo con la cara visible con la que aparece en el motivo de consulta, requiere entonces la posibilidad de situarnos desde una perspectiva histórica y contextualizada que apunta a visualizar las particulares vicisitudes en que el niño o el adolescente ha ido tejiendo su modalidad de aprendizaje en estrecha relación al modo en que se está constituyendo como sujeto.

Para entender el significado del síntoma en el aprender, deberemos entonces descubrir la funcionalidad del síntoma dentro de la estructura familiar y escolar, y acercarnos a la historia individual del sujeto porque entendemos que es en el devenir de la constitución del sujeto que quedan jugados sus aprendizajes.

Esto nos lleva –nuevamente- a resignificar la importancia de sostener un abordaje clínico basado en el psicoanálisis, es decir, atento a las singularidades propias de cada sujeto, ya que es desde allí que podrán abrirse respuestas que generan nuevas preguntas.

En este sentido, y como advierten Hartmann y Silveyra (1989): *“La clínica con niños no es ajena al intento de una clínica psicoanalítica fundada en el no todo”*

El trabajo psicopedagógico clínico consiste –entonces- en dirigir la atención más allá de donde el síntoma aparece, más allá de lo medible, de lo observable y lo cuantificable de la cara del signo, porque el niño no es su “signo”, además que -si se desconoce al niño que lo padece- tampoco lo vamos a poder ayudar a resolver su dificultad, porque -tal como se vino explicando- si no hay “sujeto” en una posición “deseante de saber”, el tratamiento va a fracasar.

Desde esta posición, podemos ver en qué sentido el sujeto en la clínica es un “sujeto de derecho”, un sujeto que establece su posición en relación al “derecho”, o sea, no se trata de un “sujeto de hecho”. No se puede observar un sujeto buscándolo en su objetividad.

En esta dirección, podemos avanzar –incluso- en afirmar que no es ético tratar al “signo” desconociendo al niño que soporta ese signo.

Los niños no son “síndromes”^{vii}.

Un niño no es un ADD-H, una dislexia, etc. En su lugar -y retomando con esto nuestro discurrir acerca de las principales diferencias que alejan al enfoque clínico psicopedagógico de las intervenciones de tipo reeducativas- resulta oportuno advertir también, como las mencionadas prácticas, apoyándose como se anticipó en miradas cognitivas recortadas, sólo parecen concentradas en ver “la cara del signo” en relación a “patrones evolutivos” a partir de los cuales los examinan, evalúan y puntúan en términos cuantitativos, para luego “clasificarlos” de acuerdo a catálogos de trastornos mentales como los que ofrecen manuales del tipo del DSM IV, o el próximo a publicarse, el DSM V.

Desde esa línea, se entiende –además– por qué los tratamientos que proponen pueden estandarizarse. Porque suponen un recorrido lineal, previsible, que parte de la idea de un niño que “madura”, sin vaivenes, de modo progresivo, de acuerdo a una determinada programación genética.

Posicionados en un paradigma epistemológico muy diferente, aunque por cierto más complejo, el enfoque clínico psicopedagógico y de la psicología educacional entiende –tal como se viene sosteniendo en este trabajo y resulta importante reiterar– que la subjetividad de la que dependen las funciones cognitivas no viene dada, ni programada; sino que se produce, se constituye, a partir de complejos procesos en los que interactúan de manera singular diversas variables. En todo caso, lo único que se puede anticipar acerca de la infancia y la adolescencia es que es “puro devenir”, que nada está acabado.

Desde esta perspectiva -que hace justamente a la especificidad del enfoque clínico- se parte de la idea que un niño o adolescente que llega a consulta por problemas para aprender, se trata –en primera instancia- de un sujeto único y singular en pleno proceso de constitución, inmerso en un determinado contexto epocal-familiar y escolar que –de alguna manera– contribuye a su producción y que –por lo tanto– resulta incomprensible pensarlo en forma aislada, desconectada y o disociada de su historia y particulares condiciones de vida; menos aún, proceder a su diagnóstico sin escucharlo, a partir de categorías universales y estandarizadas que pretenden –incluso– programar con precisión matemática el recorrido de su tratamiento.

En su lugar, en el marco mismo del tratamiento, el proceso de diagnóstico clínico psicopedagógico se concibe así como una operación de singularización a partir de la cual se pasa del plural de los síntomas a su singular, es decir a entender al síntoma como una manifestación de la subjetividad.

El “sujeto” en la clínica: un “sujeto de derecho”

Es por todas estas razones hasta aquí expuestas que -sin desconocer los avances de los estudios neurocognitivos- desde la perspectiva clínica psicopedagógica y de la psicología educacional se consideran los aportes del psicoanálisis como así también aquellos provenientes de los estudios socio culturales y del biopoder como referentes fundamentales que nos permiten -por esta vía- aproximarnos a problemáticas observables, pero nunca cuantificables o evaluables en términos madurativos o evolutivos y –en la misma dirección– a pensar en el tratamiento como el recorrido por un camino “no previsible” a priori, porque lo que se jerarquiza aquí no es el signo que aparece sino el sujeto que lo padece.

Asimismo, profundizando en estas cuestiones, se considera la importancia de tener en cuenta –y de manera particular– la incidencia que sobre un sujeto infantil en constitución, sumamente vulnerable a la mirada que sobre él tienen sus adultos más significativos (padres-maestros-etc.), puedan tener esos “diagnósticos etiqueta” que se le suelen abrochar junto a su nombre propio desde muy temprana edad.

Acerca de los efectos “estigmatizantes” de determinadas prácticas

Al respecto, tal como se desprende de una de las conclusiones a las que se pudo arribar a partir de una investigación realizada sobre el papel que desempeñan las escuelas en los procesos de patologización y medicalización de las infancias actuales^{viii}, resulta impostergable considerar que esta cuestión de la “estigmatización” de los niños, merece ser objeto de estudio y de nuevas indagaciones orientadas a profundizar en el tema de los “efectos”^{ix} que sobre los escolares puedan tener las “concepciones de sus docentes”, avaladas y promovidas en la mayoría de los casos por los mismos profesionales que integran los equipos psicopedagógicos de orientación escolar, cuando éstos – cada vez con mayor frecuencia– sugieren a los padres realizar una consulta médica porque sospechan que sus hijos son portadores de un déficit cognitivo innato, tal como se viene observando en Argentina, de acuerdo a los informes presentados por el SEDRONAR y el Instituto Gino Germani de UBA (Argentina. Secretaría para la Programación de la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico [SEDRONAR] y Universidad de Buenos Aires [UBA] Facultad de Ciencias Sociales. Instituto de Investigaciones Gino Germani. (2010) con el incremento registrado en la tendencia de las escuelas a derivar a los alumnos –directamente– a consulta neurológica bajo sospecha de ADD-H

Acerca de esta cuestión, y retomando con esto lo que se venía diciendo, resulta importante señalar que –en la mencionada investigación en la que se considera al “ADD.H como el “caso testigo” del fenómeno de la patologización y

medicalización de las infancias actuales– se pudo observar que este tipo de prácticas parecen justificarse simple y linealmente por “lo dado aquí y ahora”, sustentadas en una especie de “lógica de los trastornos”, simplificadora y biologicista, que apoyada en los recortes de “cierta ciencia” no afecta ni es afectada por la historia, ni por el contexto en el que se inscriben.

De lo que se trata aquí, es del “síntoma puro” elevado a la categoría de lo que “hay que arreglar”. Nada de lo psíquico, ni de lo socio-cultural parece existir en estos nuevos esquemas cristalizados en el DSM IV y ahora el V, que proponen así -de modo protocolizado- operar desconociendo todo rastro de subjetividad existente o incipiente, de modo que lo que terminan por hacer es “forcluyendo” al propio sujeto, en este caso, niños y jóvenes en pleno proceso de constitución.

En este sentido, desde la privilegiada perspectiva que ofrece un pensamiento complejo sobre el que se apoya el enfoque clínico psicopedagógico y de la psicología educacional de las problemáticas del aprendizaje que se expresan durante la niñez y la adolescencia, resulta necesario pensar a este tipo de discursos como una suerte de superficialización de la nosología médica, impactando de lleno en el campo educativo, ante su adopción “acrítica” por parte de no pocos profesionales de la salud mental que trabajan “para”, “en” o “desde” el mismo ámbito escolar.

Complejidades inherentes a las problemáticas del aprendizaje que expresan niños y adolescentes en la actualidad

Por su parte, no menos importante resulta advertir también otra arista de este fenómeno de la “medicalización escolar” ligado al hecho que cada día parece ser mayor el número de alumnos que confrontan a las escuelas con serias dificultades para su inserción o inclusión en la vida institucional.

En efecto, tal como se señala en un documento oficial del Área de Educación Especial del Ministerio de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires^x, en los últimos tiempos, *“las escuelas se encuentran ante presentaciones del malestar y modalidades de vínculos inéditas, refractarias a los modos de resolución de conflictos con los que cuentan hoy los docentes”*.

En estas circunstancias, parecería ser que *“la tendencia más difundida entre docentes y psicólogos es abordar estas manifestaciones desde una perspectiva patologizadora de los niños a partir de una lectura orientada exclusivamente desde lo individual de neto corte biologicista e innatista”*.

Se explica así – advierte el mencionado documento- que *“las respuestas más frecuentes sean la derivación a tratamientos neurológicos o psiquiátricos; la medicalización e incluso los diagnósticos estigmatizantes y la judicialización”*.

Ante esta situación, y en un total acuerdo con lo que por su parte expresa Esteban Levín (2006) *“por nuestra parte, nos negamos sistemáticamente a ponerles un nombre que permita incluir a estos alumnos en una clasificación”*.

“El hecho de nombrarlos” –agrega Levin (2006)- *constituye “una operación sobre un número de niños –con sus diferencias, particularidades y subjetividades– que los transforma en un conjunto al que se le atribuye*

homogeneidad o consistencia. Esta conformación de un conjunto cerrado sobre “lo que falla”, sobre lo que hace “síntoma” a una institución particular, lo transforma –por esta vía– en un “resto inasimilable”.

En este sentido, y tomando como ejemplo lo que viene sucediendo con Trastorno por ADD-H -en tanto “caso emblemático” del problema de la patologización y medicalización de las infancias y adolescencias actuales- resulta importante tener presente que los “actos de nombramiento” consisten – justamente– en seleccionar sólo un rasgo, en este caso y desde la escuela, la “atención”, entre una serie de otros fenómenos que pueden incluir impulsividad, movimientos involuntarios e incontenibles, labilidad en los estados de ánimo, ansiedad, dificultades para aceptar las consignas, etcétera., de modo que esta “selección” de “la atención” como “rasgo privilegiado”, en estos contextos, no parece ser casual.

Por el contrario, existen suficientes indicios como para pensar que esto estaría sucediendo en relación con las condiciones del dispositivo escolar actual, que insiste aún en requerir de sus alumnos de una modalidad particular de atención como condición necesaria para su funcionamiento: la “atención escolarizada” de acuerdo a estilos de funcionamiento cognitivo propios de un tipo de “subjetividad pedagógica”, esperable en épocas pasadas, marcadamente diferente de las “nuevas modalidades de atender” propias de las “subjetividades mediáticas” y de sus novedosas modalidades de funcionamiento cognitivo que pueden observarse en las infancias y juventudes actuales.

En estas circunstancias, las dificultades que ponen de manifiesto hoy tantos chicos para prestar atención en clase, durante períodos prolongados de tiempo, mientras se mantienen “quietitos” en sus bancos escuchando las explicaciones de un docente frente a un pizarrón o bien realizando tareas en sus cuadernos de acuerdo a lo que le indican sus maestros, se constituyen así en un “problema” para esta institución, porque resulta evidente que parece no ser así en otros contextos, o bien bajo otras condiciones en las que se observa a esos mismos niños durante horas concentrados, interactuando con diferentes tipos de pantallas.

Este tipo de observaciones –sin duda– no constituyen un asunto menor y merecen con perentoriedad ser estudiadas y analizadas con detenimiento.

Sin embargo, y retomando lo de la perspectiva de un pensamiento complejo sobre el que se apoya la psicología educacional y la psicopedagógica clínica, se advierte que este tipo de problemas, como el del desinterés, la inquietud y la impulsividad con el que se manifiestan hoy en las aulas tantos escolares, y al que aluden de manera insistente -a través de sus “quejas”- los docentes, tampoco agota su explicación en estas consideraciones.

En este sentido, resulta necesario comprender que no alcanza con abordar este tipo de problemáticas observadas en las infancias y adolescencias actuales sólo como un “síntoma de la institución escolar”, pero tampoco parecer ser suficiente con pensarlas sólo desde una perspectiva psicopatológica, ni reducir toda explicación a variables dependientes exclusivamente del ámbito de lo familiar.

A modo de cierre

La subjetividad se entreteje de época y contextos de modo que cualquier recorte o mirada sesgada nos pone ante el serio riesgo de que en la cotidianeidad de nuestra práctica clínica perdamos de vista al sujeto.

Desde esta perspectiva, resulta necesario entonces, considerar que las irrupciones de angustia que invaden hoy a los niños y adolescentes en las escuelas adquieren una legibilidad propia al reconocerlas también en su dimensión de “síntoma social”. Así, retomando nuestro ejemplo, el “déficit en la atención” se constituye en el contexto de una sociedad que ha variado sustancialmente en las últimas décadas los modos de atender y de prestar atención a sus niños. No podemos entonces, dejar de preguntarnos: ¿de quién es el “déficit”? y ¿cuál el agente de la desatención?

Referencias

- Argentina. Secretaría para la Programación de la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) y Universidad de Buenos Aires (UBA) Facultad de Ciencias Sociales. Instituto de Investigaciones Gino Germani. (2010). La medicalización de la infancia: niños, escuela y psicotrópicos. (Informe). Buenos Aires: Secretaría para la Programación de la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico: Buenos Aires.
- Baraldi, C. (1993). *Aprender: la aventura de soportar el equívoco*. Rosario: Homo Sapiens.
- Baraldi, C. (1999). *Jugar es cosa seria*. Rosario: Homo Sapiens.

- Benasayag, L. Comp.. (2007) *ADDH: Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado?*. Buenos Aires: Noveduc.
- Dueñas, G. (Comp.). (2011). *La patologización de la infancia: ¿Niños o síndromes?*, Buenos Aires: Noveduc.
- Fernández, A. (1987). *La inteligencia atrapada*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fernández, A. (2000). *Poner en juego el saber*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- González, L. (2001). *Aprender: Psicopedagogía antes y después del síntoma*. Córdoba: Boulevard.
- Grimau, A. (2003). Algunos comentarios sobre la primera entrevista. *Imago Agenda*, 67.
- Hartmann, A. y Silveyra, M. (1989). Introducción. En *Niños en psicoanálisis*. Buenos Aires: Manantial.
- Levin, E. (2006). *¿Hacia una infancia virtual? La imagen corporal sin cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Miller, A. (1997). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Quinet, A. (1991). *Las cuatro condiciones del análisis*. Buenos Aires: Atuel.

Formato de citación

Dueñas, G. (2013). Importancia del abordaje clínico de los problemas de aprendizaje frente a la tendencia a medicalizar a las infancias y adolescencias actuales. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 31-54. Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/index>

ⁱ En el intento de delimitar el espacio que le es propio a la clínica psicopedagógica me resultó de gran valor el intercambio que pude sostener con el Lic en Psicopedagogía Carlos Tumburú, de una provincia del NOA de la República Argentina, a partir del interés que me suscitó un trabajo suyo sobre “Entrevistas preliminares en psicopedagogía. Reflexiones sobre la iniciación del tratamiento”, lamentablemente, no publicado.

ⁱⁱ En este trabajo no se establecen distinciones significativas entre psicología educacional y psicopedagogía por lo que pueden aparecer uno, otro o ambos términos mencionados indistintamente.

ⁱⁱⁱ Si bien éste asunto no es menor, debido a las limitaciones del presente trabajo el mismo no se aborda en esta instancia.

^{iv} Es ésta otra cuestión sumamente importante y específica que introduce la clínica con niños o adolescentes que debido a las limitaciones del presente trabajo no se puede abordar con la profundidad que se merece aquí mismo.

^v Es ésta otra cuestión sumamente importante y específica que introduce la clínica con niños o adolescentes que debido a las limitaciones del presente trabajo no se puede abordar con la profundidad que se merece aquí mismo.

^{vi} De manera particular en los últimos tiempos, en que los niños se hayan -como nunca antes en la historia- institucionalizados desde muy temprana edad y durante gran cantidad de horas por día.

^{vii} Este enunciado remite al libro Dueñas G. (2011). *La patologización de la infancia: ¿niños o síndromes?*. Buenos Aires: Noveduc.

^{viii} Refiero aquí a mi investigación de Tesis Doctoral en Psicología que fuera públicamente defendida en noviembre de 2012 en la sede de Buenos Aires de la Universidad del Salvador

^{ix} Es decir, los alcances y las implicancias de estos discursos docentes sobre los procesos de constitución subjetiva, la definición de la identidad y la “autoestima” de los niños, niñas y adolescentes.

^x Dirigida por Silvia Dubrovsky; Gestión 2004-2007.