

En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz: la patologización de las diferencias en la clínica y la educación / Gisela Untoiglich ... [et.al.]. - 1a ed. - Buenos Aires : Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2013.
288 p. ; 22,5x15,5 cm. - (Conjunciones)

ISBN 978-987-538-373-9

1. Psicología Infantil. 2. ADD. I. Untoiglich, Gisela
CDD 155.4

Colección Conjunciones

Corrección de estilo: Viviana Khan

Diagramación: Déborah Glezer

Diseño de tapa: Analía Kaplan y Andrea Melle

1° edición, junio de 2013

noveduc libros

© del Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico S.R.L.
Av. Corrientes 4345 (C1195AAC) Buenos Aires - Argentina
Tel.: (54 11) 4867-2020 - Fax: (54 11) 4867-0220
E-mail: contacto@noveduc.com / www.noveduc.com

Ediciones Novedades Educativas de México S.A. de C.V.
Instituto Técnico Industrial # 234 (Circuito Interior) Oficina # 2 - Planta Alta
(Ref: Metro Estación Normal) Colonia Agricultura. Deleg. Miguel Hidalgo
México, D. F. - C. P. 11360 - Tel/Fax: 53 96 59 96 / 53 96 60 20
E-mail: novemex@noveduc.com - info@novemex.com.mx

I.S.B.N. N° 978-987-538-373-9

Queda hecho el depósito que establece la Ley 11.723
Impreso en Argentina - Printed in Argentina

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

Gisela Untoiglich

En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz

La patologización de las diferencias en la clínica y la educación

María Aparecida Affonso Moysés

Cecilia Azevedo Lima Collares

João Wanderley Geraldi

Marila Terzaghi

Carla Biancha Angelucci

Rosa Nunes

N
noveduc

Buenos Aires • México

GISELA UNTOIGLICH. Psicoanalista. Doctora en Psicología (Universidad de Buenos Aires). Codirectora del Programa de Actualización: "Problemáticas Clínicas Actuales en la Infancia: sus Implicancias Subjetivas, Vinculares y Educativas" (Posgrado, Facultad de Psicología, UBA). Profesora invitada por diferentes universidades extranjeras (Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales y Universidad Alberto Hurtado, de Santiago de Chile; Universidad de la República, Uruguay; UNICAMP Universidad Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Brasil; Universidad Estadual do Centro Oeste, Itatí, Paraná, Brasil). Ganó el Premio Facultad de Psicología 2005: "Aportes de la Psicología a la problemática de la niñez". Publicó libros y numerosos artículos en periódicos científicos de las áreas de psicología y educación. Es miembro fundador del *Forum Infancias (ex forumadd)*, equipo interdisciplinario contra la medicalización y patologización de la infancia.

MARÍA APARECIDA AFFONSO MOYSÉS. Graduada en Medicina y doctora en Medicina (Facultad de Medicina, Universidad de San Pablo, Brasil). Libre docencia en Pediatría Social y titular en Pediatría (Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Campinas – UNICAMP). Profesora titular en Pediatría (Facultad de Ciencias Médicas, UNICAMP). Se desempeña en docencia e investigación en el área de Atención y Salud del escolar, en especial en los campos de medicalización del comportamiento y del aprendizaje, evaluación cognitiva, aprendizaje y desarrollo. Coordina el Laboratorio de Estudios sobre el Aprendizaje, Desarrollo y Derechos en CIPED (Centro de Investigaciones en Pediatría, UNICAMP). Publicó libros y numerosos artículos en periódicos científicos de las áreas de medicina, psicología y educación. Miembro fundador del Forum de Estudios sobre la Medicalización de Niños y Adolescentes, que ha realizado discusiones, acciones y eventos sobre la medicalización de la vida y la educación.

CECÍLIA AZEVEDO LIMA COLLARES. Graduada en Pedagogía y Magister en Psicología de la Educación (Universidad Pontificia Católica de San Pablo, Brasil). Doctora en Sociología y Política (Fundación Escuela de Sociología y Pontificia de San Pablo). Profesora retirada (Facultad de Educación de la Universidad Estatal de Campinas, UNICAMP). Se desempeña en docencia, investigación y extensión en los campos de fracaso escolar, medicalización, educación, escuela y aprendizaje. Publicó libros y numerosos artículos en periódicos científicos de las áreas de psicología y educación. Miembro fundador del Forum de Estudios sobre la Medicalización de Niños y Adolescentes, que ha realizado discusiones, acciones y eventos sobre la medicalización de la vida y la educación.

CARLA BLANCHA ANGELUCCI. Psicoterapeuta. Graduada en Psicología, magister en Psicología Escolar y Desarrollo Humano y doctora en Psicología Social (Universidad de San Pablo, Brasil). Docente integral (Facultad de Psicología, Universidad Presbiteriana Mackenzie). El énfasis de sus estudios está en la garantía de la Educación para Todos y Todas en entrecruzamiento con las discusiones sobre preconcepto, con actuación principal en las

siguientes áreas: psicología escolar, políticas públicas en educación, medicalización, psicología social e historia oral. Publicó libros y numerosos artículos en periódicos científicos de las áreas de psicología y educación. Miembro del Forum de Estudios sobre la Medicalización de Niños y Adolescentes. Consejera electa en el Consejo Regional de Psicología de San Pablo, gestión 2010-2013, en la condición de presidenta.

ROSA DE JESÚS DE BASTOS NUNES. Doctora en Ciencias de la Educación. Profesora retirada (Facultad de Psicología y de la Educación, Universidad de Porto –FPCEUP- Portugal). Miembro de la Comisión de Ética (Facultad de Psicología y de la Educación, Universidad de Porto). Vice-presidenta del Instituto Paulo Freire de Portugal. Investigadora del Centro de Investigación e Intervención Educativa (CIIE). Associate Editora de la revista internacional: *Educational Action Research – an international journal*, Routledge. Evaluadora externa de la Inspección General de Educación (Ministerio de Educación de Portugal). Publicó libros y artículos en periódicos científicos de las áreas de psicología y educación. Miembro fundador del Círculo de Estudios e Intervención en la Medicalización de la Educación, con sede en la FPCEUP.

MARÍA ALICIA TERZAGHI. Médica (Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata). Psicóloga (Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de La Plata). Jefa de Unidad de Neurología y Clínica Interdisciplinaria (Hospital Dr. Noel H. Sbarra). Docente de Diplomado (Cátedra de Medicina Infantil II Facultad de Ciencias Médicas. UNLP). Profesora adjunta (La Construcción Social de la Normalidad. Facultad de Trabajo Social, UNLP). Docente titular Seminario Interdisciplinario Capacidades y Diferencias. Seminario de grado (Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales). Docente (Maestría Psicología de la Música. Neurociencias y subjetividad. Secretaría de Post-grado Facultad de Bellas Artes. UNLP). Secretaria de la Comisión Universitaria de Discapacidad (Secretaría de Extensión. UNLP). Publicó libros y numerosos artículos en periódicos científicos de las áreas de medicina, psicología y derecho. Miembro del Comité Científico del Forum Infancias.

JOÃO WANDERLEY GERALDI. Doctor en Lingüística. Libre docencia en Análisis de Discurso y profesor titular retirado (Instituto de Estudios sobre el lenguaje, Universidad Estatal de Campinas). Fue director del Instituto y Pro-Rector. Investigador en el área de estudios sobre el discurso y enseñanza de la lengua materna. Publicó numerosos artículos científicos y libros, los dos últimos titulados: *Ancoragens: Estudos Bakhtinianos* y *A aula como acontecimento* (Pedro & João Editores). Fue profesor visitante de las Universidades de Aveiro y de Porto (Portugal) y de Siegen (Alemania).

Agradecimientos

Mi más profundo agradecimiento a mi marido Ariel, compañero de ruta, quien generosamente me brindó su tiempo, sus ideas y colaboró para que este libro fuera realidad.

A mis maravillosas hijas Maia y Nicky que entienden que mi mayor legado hacia ellas es la pasión con la que enfrento los desafíos de la vida.

A mi madre por transmitirme su amorosa perseverancia.

A mis suegros por su generosidad incondicional.

A mis colegas Cida, Cecilia, Wanderley, Rosa, Biancha, Marila y Silvina quienes generosamente han compartido sus trabajos y sus ideas conmigo y ahora con todos ustedes.

A mis compañeros del Forum Infancias, de Argentina, del Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade de Brasil, de Chile, de Uruguay con quienes compartimos esta lucha por un mundo más justo con lugar para todos y cada uno en su diversidad.

A la editorial Noveduc que siempre confía en mis proyectos.

A mis alumnos, supervisandos y pacientes de quienes aprendo cotidianamente.

Índice

INTRODUCCIÓN	11
PARTE 1. PROCESOS DE PATOLOGIZACIÓN	
I. LA MAQUINARIA MEDICALIZADORA Y PATOLOGIZADORA EN LA INFANCIA. <i>María Aparecida Affonso Moysés, Cecilia Collares, Gisela Untoiglich</i>	25
II. PROMESAS Y MITOS DE LA CIENCIA MODERNA. <i>Wanderley Geraldi</i>	45
PARTE 2. PROCESOS DIAGNÓSTICOS EN LA INFANCIA	
III. CONSTRUCCIONES DIAGNÓSTICAS EN LA INFANCIA. <i>Gisela Untoiglich</i>	59
IV. LOS DIAGNÓSTICOS COMO COARTADA EN LA CLÍNICA CON NIÑOS. <i>Gisela Untoiglich</i>	85
V. DISLEXIA Y TDAH: ¿DÓNDE ESTÁN LAS EVIDENCIAS? <i>María Aparecida Affonso Moysés, Cecilia Collares</i>	107

PARTE 3. PATOLOGÍAS PSÍQUICAS GRAVES EN LA PRIMERA INFANCIA

VI. LA INSOPORTABLE IGNORANCIA. NOTAS SOBRE AUTISMO Y PATOLOGIZACIÓN.

Marila Terzaghi.....175

VII. EL TRABAJO DE CONSTITUCIÓN SUBJETIVA EN LA CLÍNICA CON NIÑOS GRAVES Y SUS PADRES.

Gisela Untoiglich.....191

PARTE 4. ACERCA DE INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

VIII. UNA ESCUELA QUE ALOJE LA DIVERSIDAD.

Gisela Untoiglich.....213

IX. DE FORASTEROS Y HUMANOS: REFLEXIONES DESDE LA PSICOLOGÍA SOBRE LA NECESIDAD DE LA EDUCACIÓN CONJUNTA PARA TODOS Y TODAS.

Carla Biancha Angelucci.....233

X. ENTRE PREVENCIÓN Y PREDICCIÓN.

Rosa Nunes255

Introducción

Este libro está atravesado por los encuentros azarosos, pero no casuales, que me han llevado en los últimos años a conocer a algunos profesionales y pacientes que hicieron que vuelva a interrogarme por las intervenciones clínicas y por la teoría que las sustenta.

A partir de estos encuentros me resultó imprescindible la búsqueda de nuevos saberes que posibiliten pensar los retos que nos presenta la clínica y la educación en la actualidad. Así planteado el desafío, esta construcción sólo podía ser colectiva, atravesada por la diversidad de orígenes, historias, países, culturas, profesiones y formas de recortar el mundo, pero con una ética común: la propuesta de establecer coordenadas que permitan construir un mundo en el cual haya lugar para todos y cada uno desde su diversidad, sin necesidad de homogeneidades aplastantes.

Es por eso que en este libro convergen psicoanalistas, pediatras, neuropsiquiatras, pedagogos, lingüistas, psicomotricistas, psicopedagogas, de Argen-

tina, Brasil y Portugal, donde cada uno, desde su propio recorrido y su mirada particular, aporta a un tejido común que posibilita pensar al sujeto en un entramado político – social – histórico – familiar para comprender cuáles son las problemáticas actuales y a su vez entrelazar caminos posibles que sólo surgirán del trabajo conjunto. Así como pensamos que los problemas singulares no tienen como única causa la individualidad, tampoco consideramos que las soluciones se darán por particularidades. Será en las construcciones colectivas que podrán generarse algunas respuestas novedosas.

El capítulo 1 fue escrito en ese “entre” de tres profesionales que hace ya muchos años venimos preocupadas por el incremento de la medicalización y patologización de la infancia. Una pediatra y una educadora, ambas brasileñas, y una psicoanalista argentina se preguntan por el creciente traslado hacia el campo médico de problemas inherentes a la vida, es decir, cuando cuestiones de orden colectivo, social y político, se abordan como problemas individuales, atribuyendo su causación, mayoritariamente, a determinaciones biológicas (aunque las mismas no hayan sido comprobadas). Cuando problemas que están por fuera del área de la medicina son definidos en términos de trastornos y abordados como problemas médicos, estamos ante un proceso de medicalización de la vida. Observamos con preocupación cómo este fenómeno se ha elevado exponencialmente en la infancia, con un consecuente aumento de consumo de psicofármacos en niños. Nos encontramos con un común denominador: niños y niñas que fracasan en sus posibilidades de adquisición de aprendizajes sistematizados en la institución escolar y que son visualizados como enfermos.

Centrar el problema en el niño oculta las dificultades que podrían estar existiendo, por ejemplo, en el proceso de enseñanza-aprendizaje, la estructura de la escuela o las condiciones socio-políticas. Es en ese escenario donde aparecen los supuestos trastornos de aprendizaje y/o conducta, donde se ubica el foco en el individuo que debería aprender y no aprende, que debería comportarse y, por el contrario, incomoda, en lugar de cuestionarse si existe alguna relación entre el aumento de niños con “supuestos trastornos” y la inadecuación de un sistema escolar que intenta educar con modelos y referencias del siglo XIX a niños del siglo XXI.

La expansión de las áreas de incumbencia de la medicina se encuentra fomentada por una industria creciente y poderosa que ha dado lugar al

proceso de medicamentación de la vida (Iriart, 2008) Esta forma de intervención busca la adaptación de los sujetos a las condiciones de exigencia actuales, muchas veces sin medir costos y consecuencias a largo plazo, llevando con frecuencia a los adultos a naturalizar el aumento exponencial de consumo de psicofármacos en la infancia.

Entendemos que los problemas de aprendizaje y comportamiento cuya prevalencia crece cada vez más, deben ser comprendidos como producto de una sociedad que propicia modos de vivir cada vez más competitivos, productivistas y direccionados hacia el consumo. Consideramos fundamental comprender los vínculos individuo / sociedad desde una perspectiva de interrelaciones complejas.

En el capítulo 2, Wanderley Geraldi, lingüista brasileño, se interroga por los mitos y promesas de la ciencia moderna, subrayando aquella creencia de los hombres respecto a que las verdades construidas en el presente siempre fueron verdades y que, además, el presente es el final de la historia que determinará también las verdades en el futuro. Sin embargo, aceptar que nuestros conocimientos no dan cuenta de todo, que hay misterios insondables para la capacidad que disponemos en tanto hombres, es aceptar la contingencia y el acontecimiento.

El mito de que podemos expresar todo y, por lo tanto, compartirlo, es la recuperación de un supuesto estado existente antes de Babel. El mito de Babel nos hace suponer que todos se expresaban antes en una misma lengua. Reunidos en la construcción de la torre para llegar al cielo y a los dioses, los hombres fueron castigados por su orgullo, precisamente con la diferencia de idiomas. En un sólo golpe, el mito introduce dos consecuencias: la suposición de una unidad perdida -que el lenguaje de la ciencia se esfuerza por recuperar- y la interpretación de que la diferencia es un castigo. Lamentablemente, subraya Geraldi, este mito bíblico funda nuestras concepciones acerca de la diversidad.

En el capítulo 3, “*Construcciones diagnósticas en la infancia*”, se retoma el título del libro planteando que así como los niños comienzan trazando sus primeras letras con lápiz, los profesionales que se ocupan de la salud mental de los más pequeños también tendrían que utilizar un lápiz para escribir esas primeras hipótesis diagnósticas, que por un lado son absolutamente necesarias y forman parte del proceso de cura, pero que no debe-

rían constituirse nunca en una marca indeleble en la vida de un sujeto. Los diagnósticos tendrían que funcionar como brújulas orientadoras para los profesionales, siempre tomando en cuenta que se construyen en un devenir que va modificándose, ya que tanto el proceso de maduración propio del crecimiento como el trabajo mismo que el profesional va realizando con el niño, su familia y la escuela van cambiando las condiciones, lo cual podrá posibilitar cambios fundantes en esa subjetividad en ciernes.

En este capítulo también se presentan las herramientas diagnósticas con las que contamos al momento de tratar de entender qué le está ocurriendo a ese niño por el cual nos consultan. Es preciso no sólo indagar cuáles son las determinaciones histórico-singulares que producen esa emergencia del padecimiento, sino también analizar cómo está implicada la escuela en el sufrimiento de este niño.

Aquí se considera el espacio clínico como un lugar donde habitan los gerundios: jugando – esperando – provocando – inventando.

Finalizado el proceso diagnóstico es necesario realizar una entrevista con los padres, con el niño y, cuando la escuela requirió el diagnóstico, también con la institución escolar, en la cual el terapeuta exponga - y se exponga - sus hipótesis diagnósticas, proponiendo caminos a seguir. Pero el saber nunca debe presentarse como acabado y cerrado: se trata de una praxis que no intenta develar lo ya conocido sino que aspira a construir en ese encuentro un saber nuevo acerca del malestar, que posibilite inventar otros modos de abordarlo.

Se tratará, entonces, de construir verdades parciales, escritas en lápiz, que abran a nuevas reescrituras y que ayuden a crear diversas estrategias para esa situación, que siempre estará en revisión y, a su vez, de un trabajo que se vaya realizando con el niño, los padres y la institución escolar, que generará nuevas condiciones de cambio.

En el capítulo 4, “*Los diagnósticos como coartada en la clínica con niños*”, se aborda una problemática compleja planteando el incremento de derivaciones, realizadas por la institución escolar, de niños que no se acomodan a lo esperable y rápidamente reciben diversos “diagnósticos” como “Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad” (TDA-H), o “Trastorno Opositor Desafiante” (TOD) y, en menor cantidad de

casos, como “Trastorno Generalizado del Desarrollo” (TGD) o Bipolares. Niños que, en realidad, están siendo sometidos a situaciones de abusos y/o violencias, generalmente intrafamiliar, que no son detectadas por los profesionales. Lo que se observa es que cuando se realizan diagnósticos tomando en cuenta únicamente los comportamientos manifiestos del niño sin profundizar en las diversas causas que conllevan a que un niño manifieste su malestar a través de esas conductas, entonces se corre el riesgo de transformar la clínica en una serie de procedimientos burocráticos que dejan a salvo a quienes los ejecutan pero que no abordan los problemas subyacentes que ocasionan dicho sufrimiento

El caso presentado se lo denominó “Alicia en el país de las pesadillas”. Alicia, como tantos otros niños, buscaba desesperadamente alguien que la alojara, que la contuviera, que interpretara el drama que estaba viviendo, que pusiera palabras a aquello que estaba aconteciendo y realizara las acciones necesarias para su cuidado. Cuando encontró una profesional que no necesitaba ampararse en diagnósticos encubridores, dispuesta a sumergirse con la niña en las aguas turbulentas de su dolor, sus posibilidades subjetivas comenzaron a ser otras.

En el capítulo 5 la Dra. María Aparecida Affonso Moysés, pediatra, y la Dra. Cecilia Collares, pedagoga, deconstruyen las supuestas evidencias científicas acerca de la Dislexia y el TDAH. Proponen que la medicalización de la vida de los niños y los adolescentes se articula con la medicalización de la educación en la invención de las *enfermedades de no-aprender*. La medicina afirma que los problemas del sistema educativo serían el resultado de las enfermedades que ella, la medicina, sería capaz de resolver; crea, por lo tanto, la demanda de sus servicios, ampliando la medicalización.

La búsqueda de las raíces científicas de disfunciones neurológicas conduce a un interesante viaje por el campo de la transmutación, con omisiones y distorsiones de los hechos, creaciones de mitos, etc. Todas las hipótesis revisadas deben ser entendidas en el contexto de la tendencia constante de la sociedad a discriminar, para erradicar el “peligro” de los comportamientos diferentes, de los socialmente establecidos como “normales”. La forma en que fueron tratados los comportamientos “desviados” en toda la historia del hombre, es un eje central para comprender

por qué la medicalización resulta tan fácilmente aceptada y difundida, pues responde a los deseos de la propia sociedad.

En resumen, esta historia habla de una construcción ideológica, sin base científica, que cambia constantemente de nombre y apariencia, sin que se altere nada en su esencia, es decir, la biologización de seres culturales, fechados y situados, en la búsqueda de la homogeneidad de la humanidad, con la rotulación y estigmatización de quienes no se someten.

Se elabora una hipótesis sin ninguna evidencia empírica que la sostenga; luego los científicos pasan a observar la realidad bajo el sesgo de su creencia y, en la búsqueda de elementos que confirmen su hipótesis inicial, deforman la realidad y esa realidad deformada es, a su vez, la prueba empírica de la hipótesis, confiriéndole el *status* de ciencia. Transformada en certeza, funciona aún más sobre la realidad, deformándola más y más. Las nuevas observaciones de la realidad así artificializada permiten modificaciones en la teoría, con explicaciones cada vez más sofisticadas y atractivas. Se crea una espiral viciada, con nuevas máscaras para la misma vieja idea que, en realidad, nunca se comprobó.

Muchos de estos “supuestos descubrimientos” no son otra cosa que estrategias de *marketing* de las compañías farmacéuticas que buscan ahora personas sanas. Los altibajos de la vida cotidiana se han convertido en problemas mentales.

Sin duda existen personas con déficits intelectuales, motores o sensoriales reales. No son ellas las que están en discusión. Existen infinitos modos de pensar, actuar, reaccionar, sentir, expresar emociones y sentimientos, de comportarse, de aprender, de lidiar con saberes ya establecidos. Esos modos constituyen un *continuum*, todos ellos caracterizan la diversidad entre los seres humanos, lo que nos constituye como sujetos. Tampoco es eso lo que está en discusión. Lo que se encuentra en debate es si uno de los extremos de esa multiplicidad es patognomónico de una enfermedad, más específicamente, de enfermedades neurológicas. A cada uno de nosotros le cabe decidir si nos dejamos cooptar por el engranaje de los vendedores de enfermedades o si nos quedamos del lado de los niños, de la vida.

En el capítulo 6 Marila Terzaghi, neuropediatra, realiza un recorrido sobre los avances en la investigación en neurociencias. Estos conociemien-

tos subvierten las bases mismas de toda la conceptualización previa de la biología, sirviendo para cuestionar determinismos lineales y modelos maquinales del cuerpo y el cerebro, sin embargo, terminan siendo objeto de digestión por otras vías metabólicas, bajo la acción de cierta “enzima ideológica” que permite la producción de ideas y prácticas que parecen desmentirlas.

La singularidad de lo humano aparece claramente como una de las fuentes de incertidumbre que la ciencia trata a la vez permanentemente de excluir/ incluyéndola.

Se focaliza en cuestiones ligadas al autismo ya que resulta significativo el fracaso sistemático en encontrar una condición biológica que pudiera ser explicación suficiente, lo cual, curiosamente, no impide el uso extendido de la afirmación de que “*el autismo es un trastorno neurobiológico*”.

Desde su primera descripción se ha sostenido un prolongado debate en torno al autismo, que se reedita hasta la actualidad. Se ha insistido en la búsqueda de la delimitación de los bordes de una enfermedad, síndrome, trastorno, desorden que, sin embargo, resiste a acomodarse en los moldes de una psicopatología cada vez más descriptiva, y que hoy intenta nuevamente capturarlos bajo la ilusoria sombrilla de la noción de “*espectro*”. Se señala la operación ideológica y política que transforma los supuestos datos objetivos de la prevalencia del autismo en la evidencia que luego justifica actos, discursos, dispositivos. Adquiere indudable peso en niños/as y familias, presuntos “enfermos o en vías de estarlo”, instalando un manto de sospecha que deja poco lugar para la infancia.

En el capítulo 7 continuando con la temática presentada en el apartado anterior se pone el foco en Tobías, un niño que presenta signos clínicos tempranos de autismo, y en su familia. Esto nos lleva a un primer interrogante: ¿cuáles serían los efectos en la vida de los niños y sus padres, cuando tan tempranamente ciertos signos, que sin duda son alarmantes, se transformen en diagnósticos cerrados, invalidantes e inamovibles?

Aquí se propone un modo de trabajo vincular con el niño y sus padres que posibilita generar otro tipo de encuentros. A partir del trabajo terapéutico, un niño va apareciendo. Movimientos fundantes / momentos inaugurales. Crear una demanda en un niño que parece no demandar,

abrir las puertas a que un deseo vital comience a circular. Construir las vías de la intersubjetividad entre el hijo y sus padres. Deconstruir los techos que con frecuencia se le imponen a estos niños y sus padres, con límites que están más ligados a resistencias y prejuicios de los profesionales que a imposibilidades del pequeño.

En la actualidad existen fuertes debates acerca de cuáles son los modos de abordajes con estos niños. Una puja supuestamente científica, pero atravesada por múltiples intereses políticos, biopolíticos y fundamentalmente económicos y un ataque feroz hacia el psicoanálisis. Por otra parte el psicoanálisis más tradicional parece adormecido o se refugia en sus propias trincheras y parece que no pudiera dar respuesta a los malestares de la época. Sin embargo, si nos planteamos el desafío de apuntar hacia un psicoanálisis cuestionador, que pueda construir en los bordes, que camine por las fronteras, que escuche la singularidad teniendo en cuenta el contexto socio-histórico, que parta de lo existente y construya lo que nunca estuvo, ese modo de abordaje desde el psicoanálisis seguramente tendrá mucho que aportar en el trabajo con estos niños y sus familias.

En la última parte del libro se aborda la cuestión de las inclusiones y las exclusiones desde tres perspectivas y países diferentes pero que tienen numerosos puntos en común.

Una pregunta para comenzar: ¿Cómo alojar las complejidades de la infancia que se dan a ver en la institución escolar, sin patologizar las diferencias?

A lo largo de los últimos años hemos venido encontrándonos con que, cada vez hay más niños que no se ajustan a lo esperable, con que cada vez hay más padres que necesitan un mayor sostén para la crianza de sus hijos y, por lo tanto, hallamos cada vez mayores niveles de fragilización. Asimismo, la institución escolar también está atravesando una época de mayor precarización.

Con respecto a los niños con ciertas dificultades, lo que observamos en la mayoría de las instituciones es la “tolerancia” de las diferencias en tanto y en cuanto no obstaculicen el camino del aprendizaje de la supuesta mayoría “normal”. Por otra parte, estas diferencias suelen estar planteadas desde un determinismo biológico que le otorga identidad de “enfermo” al diferente, por lo tanto, el señalado como “deficiente” será objeto de

todos los paliativos que podamos proveerle para intentar normalizarlo lo máximo que se pueda. Así se realiza una reducción radical del otro a un otro más próximo, en donde la amenaza de las diferencias se estandariza y clasifica, intentando su anulación. Las diferencias quedan enmarcadas en relaciones de poder-saber que predicen trayectorias de fracasos, atribuidas sólo a causas individuales y biológicas. Será imprescindible, entonces, pensar las diferencias, sin que se transformen en desigualdades naturalizadas.

Se revisan los conceptos de integración, inclusión, escuelas inclusivas, maestros de apoyo a la integración, la educación común, las paradojas de la educación especial. La escuela para la diversidad implica que la institución es la que tendrá que construir las estrategias para incluir a todos y cada uno de sus alumnos, para que todos se beneficien de las mismas, no sólo como una propuesta moral, sino como un planteo ético y ciudadano.

La escuela podrá alojar la diversidad y presentarse como una oportunidad subjetivante cuando: albergue a cada uno en su heterogeneidad; establezca genuinos espacios de encuentro e intercambio entre pares, docentes y padres; promueva otros modos de simbolización (Szyber, 2009); posibilite que los contenidos sean pre-textos para que los alumnos puedan construir sus propios textos; otorgue espacio a lo inesperado, a lo que está fuera del Programa, que sorprenda y enseñe a niños y adultos.

Siguiendo con la temática Carla Biancha Angelucci, psicóloga brasileña, reflexiona sobre la experiencia escolar para pensar tanto en la ejemplar condición de indignidad a la que son sometidas grandes parcelas de nuestra población como para proponer directrices que retomen la centralidad de lo humano en nuestro proyecto de sociedad. La afirmación de la diversidad humana, expresada desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el punto de partida para el reconocimiento de la condición de humanidad de una gran parte de las personas que, a lo largo de la historia, fueron vistas como aberraciones, monstruosidades o, como mínimo, como curiosidades científicas con carácter de excepción que confirma la regla de la normalidad.

Se propone que el juicio de valor negativo que recae sobre las personas con diferencias significativas, sea comprendido como parte del proceso de preconcepto, en el que la descalificación del otro sirve como un indicador importante de lo que nos aterra en nosotros mismos y, sobre todo, nos guía

respecto de la fuerza con la que persiste la visión de que existen personas para quienes fueron creados los derechos, y aquellas que, cuando gozan de derechos, lo hacen bajo concesión. En la medida en que nos preguntamos quién es escolarizable y quién no lo es, creamos las categorías: “niños escolarizables y niños especiales. No estamos poniendo en duda la existencia de personas con diferencias significativas, lo que está en juego aquí es la instauración de un espacio social destinado a los niños, que termina por reconfigurar la idea de infancia, que presenta criterios de selección de sus usuarios relacionados con el mantenimiento de ciertas jerarquías.

Cuando en el texto se utiliza la expresión Educación Conjunta para Todos y Todas” se enfatiza un proyecto político-educacional más amplio y más radical que aquel que viene siendo comprendido como Educación Inclusiva: se trata de un compromiso colectivo con el cambio de un modo de pensar y de actuar que busca garantizar el irrestricto derecho a la Educación. Con esto no se está defendiendo la propuesta de una Educación igual para todos, por el contrario: es absolutamente necesario discutir, en conjunto, sobre qué condiciones deben ser ofrecidas, a fin de garantizar el derecho a la Educación para todo ser humano, tomado como necesariamente plural.

Desde Portugal, Rosa Nunes, educadora, también nos alerta sobre el retorno y la intensificación de una visión biologicista y geneticista de la educación, que hace eludir la dificultad de responder educativamente a las exigencias de una escuela democrática y que naturaliza e invisibiliza fenómenos de exclusión. Se observa que en vez de poner en tela de juicio la lógica que conduce a esto, es más cómodo imputar la responsabilidad a anomalías genéticas susceptibles de un tratamiento medicamentoso. La patologización de la educación se afirma en un cuadro de transformación artificial de problemas devenidos de la dificultad de la escuela para lidiar con una población a la cual no considera munida de los prerrequisitos que el funcionamiento del sistema exige, transmutándolos en problemas del ámbito médico. Con esto se esconden los grandes problemas políticos, sociales, afectivos y culturales que afligen la vida de las personas; mientras tanto, la escuela permanece intocada en su formato de aparato privilegiado para la reproducción social.

El modelo diagnóstico-tratamiento, aplicado a la educación, no es inocente en cuanto al efecto de etiquetamiento que se infiltra en la piel con

tanta más pregnancia cuanto más precozmente se configura en ejercicio predictivo. Una medicina preventiva que permita tener a su cargo, de manera precoz y aplicada, a los niños que manifiestan un sufrimiento psíquico, no puede ser confundida con una medicina predictiva que aprisiona, paradójicamente, a estos niños en un destino que, para la mayoría de ellos, no habría sido el suyo si no hubiesen sido evaluados. El peligro es, en efecto, el de producir una profecía autocumplida, es decir, de hacer que suceda aquello que se predice en la forma que fue predicho.

Los invito a sumergirse en estos planteos para construir juntos respuestas posibles tanto desde la clínica como desde la educación.

G.U.



PARTE I

PROCESOS DE PATOLOGIZACIÓN

Capítulo I

LA MAQUINARIA MEDICALIZADORA Y PATOLOGIZADORA EN LA INFANCIA

M. A. Affonso Moysés, C. Collares, G. Untoiglich

Últimamente, ha sido creciente el traslado de problemas inherentes a la vida hacia el campo médico. Es decir, que cuestiones de orden colectivo, social y político se abordan como problemas individuales, atribuyendo su causación, mayoritariamente, a determinaciones biológicas (aunque las mismas no hayan sido comprobadas). Cuando problemas que están por fuera del área de la medicina son definidos en términos de trastornos y abordados como problemas médicos, estamos ante un **proceso de medicalización de la vida** (Collares y Affonso Moysés, 1996). Observamos con preocupación cómo este fenómeno se ha elevado exponencialmente en la infancia, con un consecuente aumento de consumo de psicofármacos en niños.

En este escrito presentaremos el ensamble de tres investigaciones que se desarrollaron en distintos ámbitos y en diferentes países. Las tres tienen

un común denominador: niños y niñas que fracasan en sus posibilidades de adquisición de aprendizajes sistematizados en la institución escolar y que son visualizados como enfermos.

María Aparecida Affonso Moysés¹, pediatra, expondrá algunos aspectos de su investigación sobre niños derivados a la consulta médica por fracaso escolar. Cecilia Azevedo Lima Collares², pedagoga, presentará el análisis de las opiniones de los profesionales de la salud y la educación, acerca de las causas del fracaso escolar. Ambas fueron realizadas en la Universidad Estadual de Campinas, Brasil (UNICAMP). Gisela Untoiglich³, psicoanalista, mostrará algunos resultados de su investigación sobre niños con problemas en sus aprendizajes que manifiestan dificultades atencionales.

El propósito de este trabajo es revelar el modo en que se van construyendo e instalando los procesos de patologización y medicalización de la infancia. Para esto nos centraremos en los discursos de los adultos (padres, docentes y profesionales de la salud) indagando cómo conciben los problemas escolares de los niños y a qué causas los atribuyen.

En primera instancia desarrollaremos algunos conceptos nodales para entender desde qué referentes teóricos se están pensando estas cuestiones para luego analizar cuáles son las consecuencias en la vida de las personas.

PROCESOS DE MEDICALIZACIÓN

Cuando problemáticas de orden social, educativo, político, económico e incluso emocional son abordadas como si fueran problemas biológicos, estamos igualando el mundo de la vida humana al mundo de la naturaleza. Esto trae como consecuencia que se exceptúen de responsabilidad las instancias de poder, en cuyas entrañas son generadas y perpetuadas, las más de las veces, tales dificultades.

La institución escolar ha acompañado la creencia de que los problemas de aprendizaje y/o comportamiento de niños y adolescentes devienen de enfermedades inherentes a cada individuo, sean de origen biológico o psicológico.

Cada vez con mayor frecuencia, llegan a las unidades de salud pública o a los consultorios, niños derivados por las escuelas a causa de problemas en sus aprendizajes y/o comportamiento. Generalmente en la derivación ya se deja constancia de una "sugerencia diagnóstica", siendo las más comunes los trastornos neurológicos, psiquiátricos como el Trastorno por Déficit Atencional (TDA ó ADD) o el Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) o, últimamente, con un auge creciente el Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD). Una preocupación constante en Brasil es acerca de los efectos de la desnutrición en las cuestiones cognitivas. Es habitual que la solicitud contenga el pedido de exámenes específicos, así como la consulta por la derivación a escuelas especiales o la sugerencia de obtención de un certificado de discapacidad para tener acceso a los tratamientos necesarios.

En casi todos los casos, en el examen pediátrico, se constata que los resultados de las pruebas son los esperados para la edad y que, probablemente, se trata de la reacción del niño a los conflictos de su entorno. Cuando esto ocurre, no siempre la escuela lo acepta y es común que busque otras derivaciones que confirmen el problema individual del niño. En Brasil esto es lo que sucede mayoritariamente y en Argentina es más frecuente de observar en el ámbito escolar privado, que incluso muchas veces condiciona la rematriculación del niño en esa escuela, a condición de que esté medicado y/o en tratamiento.

¿Qué ocasiona que una institución escolar esté más interesada en confirmar su supuesto diagnóstico previo que en introducirse en indagar cuáles son los motivos reales que hacen que este niño no pueda aprender, no pueda atender o no pueda portarse bien?, ¿por qué la escuela busca, generalmente, el origen del problema por fuera de la institución?

Centrar el problema en el niño oculta las dificultades que podrían estar existiendo, por ejemplo, en el proceso de enseñanza-aprendizaje, la estructura de la escuela o las condiciones concretas del trabajo docente. Es en ese escenario donde aparecen los supuestos trastornos de aprendizaje y/o conducta, y se ubica el foco en el individuo que debería aprender y no aprende, en el que debería comportarse y por el contrario incomoda. 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 de un sistema escolar que intenta educar con modelos y referencias del siglo XIX a niños del siglo XXI.

Para entender cómo se construyen los procesos de patologización y medicalización nos apoyaremos en los siguientes referentes teóricos:

G. Canguilhem se preguntaba, ya en 1943, acerca de la construcción de los conceptos de normalidad y anormalidad. Define Normal como promedio, aquello que es “como debe ser”, un modo de unificar lo diverso. La pregunta que cabe formularse es quién determina y bajo qué condiciones se define lo que se “debe ser”. ¿Se pueden pensar estas categorías por fuera de su época histórica, por fuera de una ideología dominante? El autor planteaba que el ser vivo y el ambiente no son normales tomados por separado, sino que será en esa relación que se establecerán las bases para pensar qué es normal en determinado momento.

Foucault (2008) plantea que “*La enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado*” (p. 21). 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. P. Conrad (2007) formula que la cuestión central para instalar los procesos de medicalización está en definir un problema en términos médicos, utilizar terminología médica para describirlo, referir a un marco médico para abordarlo y valerse de las intervenciones médicas para tratarlo (Faraone y cols., 2010). Así la medicina queda dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo. No hay campo exterior a la medicina. La biohistoria es el modo de pensar los efectos en el ámbito biológico de la intervención médica la huella que deja en la historia humana dicha intervención (Foucault, op.cit.). Será necesario interrogarnos acerca de las consecuencias del Saber Médico en la vida de las personas.

Para T. Szasz (2007) la medicalización no es medicina, ni ciencia; es una estrategia semántica y social que beneficia a pocas personas y daña a muchas otras.

P. Conrad (op. cit.) analiza las consecuencias de los procesos de medicalización: 1- La expansión creciente de las áreas de incumbencia de la medicina, fomentada por una industria farmacéutica crecientemente poderosa y rentable; 2- El uso de diversas tecnologías por parte de la medicina para el tratamiento del comportamiento “anormal”. La utilización de mecanismos tecnológicos que contribuyen al sostenimiento del *status quo*, con efectos en los sujetos (sobre todo en los niños) que en ocasiones resultan irreversibles; 3- Se deforma la realidad y se promueve el control social en nombre de la salud. (Faraone y cols., op.cit.).

PROCESOS DE PATOLOGIZACIÓN

Cuando características como la tristeza, la inquietud infantil, la timidez, la rebeldía adolescente, que son inherentes a lo humano se transforman en patología, nos encontramos ante un **proceso de patologización** de la vida. Este proceso lleva a concebir como mórbidas ciertas particularidades de los sujetos, lo cual implica un conjunto de operaciones políticas, programas, estrategias y dispositivos; además de intervenciones puntuales; campos argumentales; cuyos efectos ubican en un lugar de enfermo/a, o de potencialmente enfermo, anormal o pasible de traumatización o desubjetivación, a aquellos individuos que quedan por fuera de los criterios de normalidad de su época (Korinfeld, D., 2005). Esto involucra siempre una modalidad de saber que es solidaria de un ejercicio del poder.

¿Cuáles son los pasos que instalan el proceso de patologización en el campo de la salud mental? 1- En principio suele haber una búsqueda de causa unívoca y determinista⁴. 2- Impera un paradigma fijo de normalidad y todo aquello que queda por fuera se califica como anormal. 3- Se produce un acto de nominación que construye una clasificación que da sentido a todo lo que le ocurre a ese sujeto, y su vida pasa a ser leída desde esa única condición. 4- A partir de aquí toda la historia de ese sujeto, su pasado, su presente y su futuro estará atravesada por dicha categorización.

Cuando la maquinaria patologizadora se instala, sobre todo en la infancia, puede estar incentivada por la medicina, pero también por la psi-

cológia e incluso cierto psicoanálisis, o por la institución escolar –como veremos más adelante-, esto invisibiliza una trama socio-política de la cual el sujeto es su objeto. Cuando un niño fracasa en la escuela y este fracaso es atribuido exclusivamente a su TDAH (de supuesto origen genético) o a sus vínculos familiares (problemática emocional), sin revisar toda la complejidad implicada que promueve dicho fracaso, entonces el proceso de patologización está en marcha. La mayoría de las veces ello ocurre sin que ninguno de los actores pueda percibirlo, generando una marca persistente en la subjetividad en construcción del niño, que va a determinar su presente, tanto como su porvenir.

EL PROCESO MEDICAMENTALIZADOR

La expansión de las áreas de incumbencia de la medicina está fomentada por una industria creciente y poderosa que ha dado lugar al proceso de medicamentación de la vida (Iriart, 2008). Esta forma de intervención busca la adaptación de los sujetos a las condiciones de exigencia actuales, muchas veces sin medir costos, lo cual lleva con frecuencia a los adultos a introducir y naturalizar el aumento exponencial de consumo de psicofármacos en la infancia buscando la adaptación del niño a las exigencias que le impone la época, sin medir las consecuencias a largo plazo de dichas intrusiones.

Estos fármacos se están utilizando en la infancia para controlar las conductas de los niños y adaptarlos a un sistema, que en su estructura central no ha variado en los últimos tres siglos.

Investigaciones en diferentes países dan cuenta del aumento de niños diagnosticados y medicados por diferentes trastornos, sin que haya ninguna comprobación científica al respecto, y que en definitiva ponen en evidencia la falta de voluntad política para resolver los desafíos que nos presenta la infancia actual.

María Noel Miguez (2011), investigadora uruguaya, sostiene que alrededor del 30% de los niños uruguayos, de las escuelas que fueron relevadas, está siendo medicado con psicofármacos. El Ministerio de Salud

Pública Uruguay no tiene cuantificado el consumo de psicofármacos, sin embargo es el encargado de proporcionar las medicaciones a través de sus planes de salud. Las estrategias difieren según el contexto económico-social de proveniencia de los niños. La medicación de niños de contexto crítico se calcula entre un 15% y un 20%, pero lo más significativo es la mayor derivación a educación especial, allí un 80% de los niños son medicados. En las escuelas de sectores más humildes, los alumnos comienzan a ser medicados cada vez desde más pequeños, con dosis cada vez más fuertes y con la reducción de la carga horaria, se le hace el pase a escuela especial y termina siendo un niño o niña con problemas de conducta -por cuestiones contextuales- en una institución especial, en una situación de discapacidad, sin tener ninguna deficiencia. En el contexto privado es distinto, se los sobreexige académicamente, muchos niños no pueden responder a ese ritmo académico, y la medicación se utiliza para que puedan seguir siendo productivos y reproducir la lógica de mercado. Se están utilizando distintos tipos de drogas con igual finalidad: controlar la conducta infantil. Las más utilizadas son: Metilfenidato (psicoestimulante utilizado para el Trastorno por Déficit de Atención), Risperidona (antipsicótico atípico usado para trastornos “graves” de conducta), Valproato (anticonvulsivo), Clonazepam (ansiolítico y anticonvulsivo) y Sertralina (antidepresivo). No se propone ninguna otra estrategia e incluso se naturaliza la existencia de colchones en el aula, para que los alumnos se acuesten durante el horario de clases, ya que a muchos de ellos la medicación los duerme.

En Argentina fue registrado un aumento del consumo de Metilfenidato desde 1994 al 2005 de 900%. En las zonas de mayor poder adquisitivo hay colegios que tienen hasta un 30% de chicos medicados con psicoestimulantes. El Metilfenidato es un derivado de la anfetamina, cuyo volumen de ventas, sobre todo en los Estados Unidos, constituye, según la revista inglesa *New Scientist*, “uno de los fenómenos farmacéuticos más extraordinarios de nuestro tiempo”. Más del 9% de los niños estadounidenses están medicados con esta droga. Aunque los laboratorios insisten en su inocuidad, la DEA (*Drug Enforcement Administration*) la considera como una sustancia de “alto potencial para el abuso”, y la coloca en la misma lista de riesgo que la cocaína o las anfetaminas.

La Dra. Faraone y su equipo realizaron una investigación en Argentina. El Departamento de Psicotrópicos y Estupefaciente de la ANMAT proporcionó datos correspondientes al período 2005-2008, de importación de esta sustancia, donde se pudo apreciar un significativo incremento, de 47.91 kg. en el 2007 a 81.75 kg en el 2008. Se halló como dato relevante el uso del fármaco como medio para la construcción diagnóstica, es decir, como anticipador del diagnóstico. Esto quiere decir que, en numerosas ocasiones, los niños son medicados con psicoestimulantes y se les dice a los padres que si ven que sus hijos están mejor, esto significa que el niño tiene TDA-H.

En Chile el crecimiento de niños diagnosticados por TDA-H fue de un 253% tan sólo en el año 2012. El dato significativo es que esto ocurrió luego de que el gobierno pasara a aumentar en un 196% la subvención escolar para aquellos institutos que tengan alumnos con diagnóstico de TDA-H. La importación de Metilfenidato en Chile pasó de 24,2 kilos en 2000 a 297,4 kilos en 2011.

F. Baughman (1999), neurólogo estadounidense, afirma que el país ha sido llevado a creer que cada emoción molesta es una enfermedad mental, y quienes dirigen la Asociación Psiquiátrica Americana saben muy bien que la están promoviendo como enfermedad [al TDAH] cuando no hay información científica que confirme cualquier enfermedad mental.

Más del 9% de los jóvenes consume Metilfenidato prescrito por un médico, sin embargo a esto hay que añadirle una cantidad indeterminada de personas que lo consumen de modo ilegal debido a los efectos similares a la cocaína.

Anderson, pediatra estadounidense de contextos humildes del condado de Cherokee, justifica la alta prescripción de psicofármacos diciendo: "Nosotros como sociedad decidimos que es muy costoso modificar el ambiente en el cual el niño se encuentra. Entonces tenemos que modificar al niño". (The New York Times, 2012)

En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS-SP) aumentó, durante el año 2012, en un 54% la compra y distribución gratuita de Ritalina (nombre comercial del metilfenidato), conocida también como "*la droga de la obediencia*". La venta de este producto en farmacias ascendió de 71.000 cajas en el año 2000 a 2 millones de cajas en el año 2011.

Como se puede observar este es un problema que excede ampliamente la cuestión de por qué un niño no aprende, no se comporta, o no se queda quieto en la escuela y tampoco es una cuestión que atañe sólo a las políticas en salud y/o educación de un único país. Lo que nos preocupa especialmente es la banalización y generalización del consumo de psicofármacos en la infancia y los intentos de simplificación de problemáticas tan complejas.

ESTIGMA Y PRECONCEPTO

En la Grecia Antigua, el término estigma remitía a señales físicas que ponían en evidencia algo diferente, negativo, indicador de que la persona era un criminal, esclavo o incluso un traidor. E. Goffman (1975) analiza cómo el estigma ha influenciado en las relaciones humanas. En la vida cotidiana, se observa que pasan a primer plano determinadas características que permiten preconcebir, por ciertos atributos, la identidad social de una persona. Así se construye una ideología revestida de teoría para explicar y legitimar la supuesta inferioridad y racionalizar la animosidad; al estigmatizado sólo le resta una alternativa: apartarse, aislarse. En síntesis, el sujeto estigmatizado queda apartado de lo humano.

Agnes Heller (1989), en sus estudios sobre la vida cotidiana, se dedicó a analizar las categorías de pensamiento que rigen en lo cotidiano, en especial los prejuicios y los preconceptos. La vida cotidiana es la vida de todos los hombres y mujeres que de ella participan, con todos los aspectos de su individualidad, de su personalidad, poniendo en funcionamiento todas sus capacidades, habilidades, sentimientos, pasiones, ideas, ideologías, con tanta intensidad, inmediatez y simultaneidad –todo nos demanda respuestas inmediatas y simultáneas- que no es posible dedicarse por entero a ninguno de esos aspectos. Para la autora, concentrar toda la atención sobre una única cuestión, y empeñarse en su resolución dentro un proceso que "suspende" cualquier otra actividad, sólo es posible en actividades como el arte, la ciencia, la política y la ética. Sin embargo, para ser productiva, la "suspensión del cotidiano" debe ser capaz de modificar, al retomar

esa cotidianeidad, ese mismo cotidiano. Ya que es en la cotidianeidad en donde teorías, ideas y propuestas se concretizan o no. Como afirma la autora, "la vida cotidiana no está fuera de la historia, está en el centro del acontecer histórico: es la verdadera esencia de la sustancia social" (op. cit. p.20). Lo que no consigue modificar, transformar, infiltrar en el cotidiano, sobrevive apenas en el campo de las ideas de algunos individuos, sin repercusión, sin existencia para la inmensa mayoría de los hombres.

Para la autora los prejuicios son parte fundamental de la vida cotidiana: anteceden y van más allá de la confrontación con la realidad y no siempre son confirmados en el transcurso de la vida. Sin embargo, cuando un juicio es negado por la ciencia o por las vivencias del individuo, e incluso así se mantiene inalterable, impermeable a los argumentos de la razón, entonces ya no se trata de juicios provisorios, sino de preconcepciones, una de las principales categorías de pensamientos y comportamientos cotidianos. Para Heller cada pensamiento se vincula a un afecto (puede ser a la fe o a la confianza), el saber se apoya en la confianza, y el afecto del preconcepción es la fe; en contradicción con el saber, resiste sin refutaciones, sin conflictos, al pensamiento y a la experiencia. La fe siempre está acompañada del par de sentimientos amor/odio; odio dirigido no sólo a aquellos que no tienen fe, sino también a las personas que no comparten nuestras creencias.

TRES INVESTIGACIONES CONVERGENTES

Los conceptos vertidos hasta ahora nos permitirán el entrelazamiento con un recorte de investigación más amplia, multicéntrica, desarrollada en Argentina y Brasil.

Se parte del siguiente interrogante: ¿Cuáles son las concepciones y mecanismos que conforman y mantienen el proceso de medicalización y patologización del aprendizaje y el comportamiento en la infancia?

El objetivo fue analizar cómo los diferentes actores perciben y reaccionan ante los niños que fracasan en la adquisición de sus aprendizajes en la institución escolar.

A partir del interrogante que origina la investigación, se escogió un abordaje cualitativo, poniendo especial énfasis en el estudio de caso (Bogdan y Biklen, 1994). En esta investigación se indagaron los modos de concebir los llamados problemas de aprendizaje y comportamiento, tomando como referencia los discursos de los padres y de los profesionales de la salud y la educación.

Se seleccionaron 40 casos, 20 niños argentinos y 20 brasileños, entre 6 y 12 años, derivados por las escuelas y traídos por sus padres a la evaluación pediátrica (en los casos brasileños) y la evaluación psicológica / psicopedagógica (en los casos argentinos), en servicios ligados a la Facultad de Psicología (UBA) y la Universidad Estadual de Campinas (UNICAMP). Los padres fueron escuchados en el transcurso de la evaluación, y el motivo de derivación escolar fue analizado a partir de los informes escolares que acompañaban la consulta.

Asimismo fueron entrevistados 40 docentes y 40 profesionales de la salud (médicos, psicólogos, fonoaudiólogos y psicopedagogos) para indagar sus concepciones sobre las relaciones entre problemas de salud y aprendizaje/comportamiento. Las entrevistas tuvieron un formato semi-estructurado y fueron grabadas con el consentimiento de los sujetos.

DISCUSIONES TEÓRICO-CLÍNICAS

ACERCA DE LOS MATERIALES INVESTIGADOS

En todos los casos la derivación estaba centrada en el niño, en busca de la confirmación de un "diagnóstico" de una enfermedad o trastorno inherente al mismo, suponiendo que esta era la pretendida causa de los problemas de aprendizaje y/o comportamiento. En algunos casos la derivación suponía, como causa adicional, problemas familiares.

Los "supuestos diagnósticos" más frecuentes fueron: trastornos neurológicos y/o psiquiátricos, en especial Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA-H), dislexia y desnutrición, estos dos últimos especialmente en Brasil. En ninguno de los casos estos diagnósticos fueron confirmados.

En las entrevistas realizadas con los profesionales tanto de la salud como de la educación, ninguno de ellos mencionó como posibles causas de las dificultades del niño, problemas en la pedagogía utilizada, tampoco se hizo referencia a políticas educativas ni a la formación docente, a las condiciones de trabajo, al salario o a la valorización social del rol docente o a la infraestructura edilicia, etc. Todos afirmaban, categóricamente, que las enfermedades individuales son la principal causa de los problemas de aprendizaje y comportamiento.

Un dato significativo es la similitud de discursos entre los profesionales argentinos y brasileños, develando la diseminación de un mismo ideario, infiltrado en los modos de pensar la vida. Un ideario que se presenta revestido de cientificidad, que se consolida en creencias inflexibles, rígidas y que no se integran con el mundo real en el cual la vida transcurre. Como discute A. Heller (op. cit), cuando un juicio, un concepto, es contradicho en la confrontación con la realidad concreta, y asimismo se mantiene inmutable, cristalizado, contra todos los argumentos de la razón, nos estamos enfrentando a un preconcepto.

Es interesante observar que en el análisis de los discursos de los profesionales de la salud y la educación, resulta imposible identificar cuál es la formación profesional de quien habla, si son docentes, psicólogos, médicos, fonoaudiólogos, tampoco cual es su nacionalidad, aun cuando la cuestión se refiere especialmente a problemas de salud que, en opinión del entrevistado, impedirían o dificultarían el aprendizaje. Esto pone en evidencia cómo los procesos de medicalización no necesariamente precisan a los médicos para su sostenimiento en los distintos ámbitos.

A modo de ejemplo citaremos algunos fragmentos de entrevistas:

- *Un niño hiperactivo es un niño con problemas neurológicos. No para, nada lo satisface, es distraído, disperso, molesto.*
- *La dislexia es una enfermedad neurológica que se caracteriza por grandes dificultades en aprender a leer y escribir.*
- *La hiperactividad es una enfermedad neurológica que dificulta el aprendizaje.*
- *La mala alimentación es causa del fracaso escolar porque la desnutrición afecta el cerebro.*

- *Las consecuencias de la desnutrición, como es de esperar, son desastrosas para el futuro escolar, ya que el niño tiene su capacidad mental lesionada.*
- *Un niño desnutrido ya nace con secuelas, con poco potencial, siendo imposible recuperar las condiciones necesarias para un buen desarrollo del aprendizaje.*

Los discursos son de todos en la medida en que no se diferencian. Cualquier profesional podría haber dicho cada uno o alguno de estos enunciados.

Es importante resaltar que esta equiparación está fundada en opiniones genéricas, sin base científica, que apenas reflejan el sentido común rígidamente establecido. Discursos que expresan preconceptos travestidos de ciencia, "creer en preconceptos es cómodo porque nos protege de conflictos, porque confirma nuestras acciones anteriores" (Heller, 1989, p. 48)

Constatamos que la medicalización del campo educacional justifica preconceptos racistas en el pueblo brasileño, por ejemplo en cuanto a la inferioridad de los negros o de los mestizos; asimismo en los argentinos encontramos referencias en cuanto a la inferioridad de las poblaciones migrantes de países limítrofes, especialmente bolivianos y paraguayos; también la supuesta inferioridad intelectual de la clase obrera fue explicada otrora por la conjunción entre la desnutrición, los parásitos y la anemia. A partir de 1980, con la llegada del DSM-IV, ocurre la progresiva ocupación de ese espacio por supuestas disfunciones neurológicas, a tal punto que hoy la mayoría de los discursos medicalizantes refieren a dislexia, TDA-H, TOD (Trastorno Oposicionista Desafiante), sin importar que las hipótesis de enfermedades neurológicas que comprometen exclusivamente el aprendizaje y/o el comportamiento jamás hayan sido comprobadas y son criticadas por la propia medicina. Sin embargo, como discursos dogmáticos resisten inquebrantables. Dogma e intolerancia a cuestionamientos pertenecen al terreno de la fe, y los preconceptos son elementos extraños al mundo de los saberes y conocimientos que se apoyan en la razón. (Collares y Moysés, 1996)

Es importante destacar que los preconceptos más antiguos no necesariamente desaparecen, sino que muchas veces son encubiertos por otros

más recientes. Con frecuencia, se manifiestan todos juntos, encadenados en una única frase que justifica lo injustificable y naturaliza y aplanas las desigualdades.

RECORTES CLÍNICOS

Presentaremos algunos recortes clínicos de entrevistas realizadas en Campinas y Buenos Aires para abordar esta cuestión.

Julio, un niño de 8 años (de Campinas, San Pablo), fue derivado por la escuela a una consulta pediátrica por un trastorno de aprendizaje y sospecha de TDA-H.

La docente expresa: "él debe tener problemas mentales, realiza tratamiento en el área de Salud Mental. Él es completamente descoordinado. Yo ya conversé con la psicóloga, pero hasta hoy no conseguí entender qué tiene. Pero realmente yo creo que él tiene un problema, sólo que ella no me dice cuál es. Él tiene muchas dificultades en la lectura y la escritura. Es inmaduro, necesita de lo concreto. No entiende lo abstracto. Está siempre agitado. Realiza tratamiento de Psicopedagogía en el Servicio de Salud Mental. Ahora está tomando un remedio y por eso está mejorando".

A su vez, la madre no entiende cuál es el problema. Dice que Julio aprende todo en casa y siempre fue normal, anduvo y habló en los tiempos esperables, sólo era muy nervioso y hacía muchos berrinches. A los dos años lo llevó al doctor para que le dé un calmante, el médico dijo que no le podía dar remedios sin saber qué era lo que tenía. Le realizó un electroencefalograma y constató que tenía "disritmia", que trata hasta hoy con Tegretol (nombre comercial de la Carbamazepina). Nunca tuvo convulsiones, sólo era nervioso y caprichoso, sólo tenía disritmia. Con casi tres años, a causa de los nervios, el médico lo deriva a psicología. Era un niño agitado, no sabía jugar con otros niños, agredía. El neurólogo decía: "La disritmia es así, medio nervioso, agresivo, mejora con el paso del tiempo". La madre afirma: "Pero nunca me habló de los problemas de aprendizaje. Antes de entrar

a pre-escolar, él ya había comenzado el tratamiento con la psicopedagoga, porque la psicóloga supuso que él iba a tener problemas en la escuela. Ya hace dos años que Julio se trata con ella, a causa de las dificultades para aprender en la escuela, ahí ella le da deberes para hacer en casa y me dice que yo tenga paciencia, que con el tiempo él aprende, que no lo compare con otros chicos. La psicopedagoga comenta: "él va más despacio, demora más en aprender". Cuando Julio comenzó con todo esto, yo me preguntaba: ¿qué será lo que tiene? Debe ser algo grave lo que tiene que precisa de las tres y un neurólogo. [¿Qué tres?] La psicóloga, la fonoaudióloga y la psicopedagoga. A mi modo de ver, yo creo que él no tiene ningún problema. En casa, lo que uno le enseña, lo aprende".

Julio explica: "a la hora de estudiar, yo me quedo pensando en el fútbol, en jugar. Me gusta jugar a la pelota, al fútbol, las bolitas y los videojuegos. También los dibujos animados. Yo no aprendo porque tengo esa cosa en la cabeza".

La pediatra encuentra a un niño de 8 años que comenzó a ser medicado a los dos años por crisis de berrinches, aparentemente esperables para la edad, con un diagnóstico de disritmia, medicado hasta hoy, sin nunca haber tenido convulsiones. En neurología está consensuado que un niño que no presenta crisis convulsivas no debe ser tratado por alteraciones en el trazado del electroencefalograma, ya que no se trata el EEG, sino las crisis derivadas. Después de eso inició tratamiento de psicopedagogía a los 5 años, antes de comenzar pre-escolar, porque los profesionales de la salud prevenían (¿o vaticinaban?) que él iba a tener problemas de aprendizaje. Sin conseguir escapar del destino previamente delimitado, Julio tiene problemas en la escuela, a pesar de no presentarlos en casa. En la consulta pediátrica permaneció sentado todo el tiempo, dibujando y conversando. Niño normal. Estigmatizado. Ya incorporó un "padecimiento" inexistente (disritmia).

Julio es un niño normal con todas las condiciones para aprender en la escuela, tal como aprende fuera de ella. Sin embargo, ya no se considera normal y cree que no podrá aprender por un problema que tiene en su cabeza. Está preso en la introyección de una enfermedad supuesta, en una incapacidad inexistente. O que no existía... Está confinado, institucionalizado en una prisión que está ubicada en su mente. Julio nos muestra

otra fase del preconcepto: el estigma. Una persona puede evidenciar un atributo que lo torna tan diferente a los ojos de otro, que será ubicado en una categoría que le retira la posibilidad de ser, de existir, disminuido a la categoría de desecho, más o menos peligroso. El atributo se torna estigma, marca indeleble que lo mantiene en desventaja, dejando olvidada la identidad en construcción del niño.

Jorge es un niño de 8 años, que todavía estaba cursando primer grado, muy hábil, aprende con facilidad fuera de la escuela, no presenta ningún compromiso intelectual. En la consulta pediátrica se observa que está bien nutrido, con peso y estatura adecuados para la edad, lee y escribe razonablemente bien en la consulta médica. Sus padres nacieron en el Nordeste de Brasil. En la derivación, la docente (de la ciudad de Campinas, San Pablo) lo describe: "Él es pre-silábico, inmaduro, no está listo. Llegó a la escuela como una página en blanco, no sabía ni qué era un libro, un cuaderno. Los padres son analfabetos, pasó mucha hambre. Es desnutrido, basta mirarlo para ver su carita de nordestino".

El cotidiano escolar está impregnado de preconceptos, juicios previos, sobre los alumnos y sus familias, que son independientes y no están avalados por evidencias empíricas. Los niños no aprenden, supuestamente, porque son pobres, porque son negros, aborígenes, mestizos, nordestinos, bolivianos, paraguayos, campesinos; son inmaduros, son perezosos.

Julieta, es una nena de 7 años, silenciosa, tímida. Concorre a una escuela pública de la Ciudad de Buenos Aires. Su madre es paraguaya, a su padre no lo conoce. Quienes concurren a la entrevista psicopedagógica son la madre y el padrastro. El hombre controla todas las respuestas de su mujer, la esposa baja la cabeza y no mira a la terapeuta en toda la entrevista. La docente dice que el problema es que la madre es paraguaya y que la niña tiene "un poco de Déficit Atencional". En el proceso psicodiagnóstico, la niña tiene dificultades en abrirse, las figuras humanas no tienen manos y, cuando se le pide que construya relatos a partir de las láminas del CAT (test de apercepción para niños), se angustia diciendo: "no te puedo contar ninguna historia".

Los test cognitivos arrojan resultados dentro de la media. La terapeuta solicita una entrevista a solas con la madre, ella cuenta que su marido le pega a ella y que también castiga a la hija, sobre todo por las dificultades en la escuela, entonces ella trata de ocultar los problemas pero cuando la maestra los cita o llega el boletín el marido se pone como loco y reparte golpes para todos lados.

Finalizado el psicodiagnóstico la terapeuta se acerca a la escuela a hablar con la docente, la misma se sorprende de lo relatado ya que el señor le parecía muy correcto y culto. Por otra parte plantea que, poco tiempo atrás, había habido en la escuela una capacitación sobre TDA-H y que, según su criterio, la niña cumplía con todos los ítems para diagnosticar Trastornos por déficit atencional, agregando que para eso ella podía encontrar tips en internet que ayuden, y que seguramente una medicación la podría beneficiar. Sin embargo aclara que con un padrastro violento ella no podía hacer nada.

Cuántas veces nos encontramos con niños que son derivados por no atender, por no parar de moverse o por no producir en la escuela, a los cuales se les diagnostica rápidamente TDA y se los medica con psicofármacos, sin comprometerse a la escucha de su sufrimiento y encubriendo graves situaciones de violencia y abusos en su hogar (Untoiglich, 2011).

En el Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná, Brasil, se analizaron 150 niños que sufrían graves situaciones de violencia familiar. Todos ellos estaban siendo atendidos en diferentes servicios del Hospital, ningún profesional había detectado anteriormente dichas situaciones. Todos habían recibido diferentes diagnósticos neuropsiquiátricos. El 68,54% estaban clasificados como Dificultades de aprendizaje, TDA-H y fracaso escolar. Además, 127 niños estaban medicados con drogas psicoactivas, algunos por más de la mitad de su vida (Pfeiffer, 2011).

ALGUNOS ANUDAMIENTOS PARA CONCLUIR

Entendemos que los problemas de aprendizaje y comportamiento, cuya prevalencia crece cada vez más, deben ser comprendidos como producto de una sociedad que propicia modos de vivir cada vez más competitivos, productivistas y direccionados hacia el consumo. Consideramos fundamental comprender los vínculos individuo/sociedad, en perspectiva de interrelaciones complejas. La sociedad es un conjunto constituido por la articulación compleja, entre innumerables individualidades, en el mismo proceso en que la totalidad de la sociedad constituye la totalidad de cada sujeto que también es por ella constituida. Cada persona es un sujeto histórico y cultural, con las marcas de su época y de su contexto, que deja sus huellas en su tiempo y su espacio.

La biologización basada en una concepción determinista, a partir de la cual todos los aspectos de la vida son determinados por estructuras biológicas que no interactúan con el ambiente, ni con las historias de los sujetos, desaloja de la escena los procesos y fenómenos característicos de la vida en sociedad, con una historicidad, una cultura, valores, afectos, una organización social con sus desigualdades de inserción y de acceso. Reducida la vida a su sustrato biológico, todo el futuro está irreversiblemente determinado desde el inicio; esto prepara el terreno para los procesos de medicalización y patologización. Reduccionismo, medicalización y patologización remiten a una concepción de la medicina y la psicología enraizada en un paradigma positivista.

Estigmatizados, discriminados, incapaces. Niños inicialmente normales se transforman en enfermos, al ser sometidos a miradas que no ven sus sufrimientos, que sólo exacerban sus defectos, carencias, que sólo ven lo que ya se supone que se sabe de ellos. Expropiados de su posibilidad de ser... sólo adolecen.

NOTAS

1. Doctora en Medicina, por la Universidad de San Pablo.
2. Doctora en Sociología y Política, por la Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo.
3. Doctora en Psicología, por la Universidad de Buenos Aires, Beca UBACyT.
4. En este momento predomina la hipótesis biologista, aunque no haya sido fehacientemente comprobada en ningún caso de enfermedad mental.

Bibliografía

- Bogdan, R.C., Biklen, SK. (1994). *Investigação qualitativa em Educação*. Uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora.
- Collares, C.A.L. y Moysés, M.A.A. (1996). *Preconceitos no cotidiano escolar. Ensino e medicalização*. São Paulo: Cortez-FE/FCM UNICAMP
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human condition into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Faraone, S., Barcala, A., Torricelli, F., Bianchi, E., & Tamburrino, M.C., (2010). Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicalización de la infancia en Argentina. *Interface - Comunic, Saude, Educ*, 14(34), 485-497. Jul./set. 2010.
- Faraone, S. y cols. (2009). "La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentación en la infancia". *Revista Margem*, N°54. Disponible en <http://www.margem.org/suscri/margem54/faraone.pdf>. Acceso 10 de febrero de 2013.
- Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (2012). "Mapeamento do uso do medicamento Cloridrato de Metilfenidato". Accesible 12 de febrero de 2013. Disponible en <http://medicalizacao.org.br/mapeamento-do-uso-do-medicamento-cloridrato-de-metilfenidato/>
- Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad*. Argentina: FCE.
- Foucault, M. (2008). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
- Goffman, E. (1975). *Estigma. Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Heller, A. (1989). *O cotidiano e a história*. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Iriart, C. (2008). Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Cienc. & Saúde Coletiva*, v.13, n.5, p.1619-26. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13n5/25.pdf>. Acceso 15 enero de 2013.
- Korinfeld, D. (2005). Patologización de la infancia y la adolescencia. *Sexualidad, salud y Derechos, Ensayos y Experiencias*, Número 57, pp. 88-104, Ediciones Novedades Educativas.
- Míguez Passada, M. N. (2011). *La Sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- Pfeiffer, L. (2011). *Método de Classificação em Níveis de Gravidade da Violência contra Crianças e Adolescentes*. Tese de Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal do Paraná. Inédita.
- Szasz, T. (2007). *The Medicalization of Everyday Life*. Selected Essays. New York: Syracuse University Press.
- Untoiglich, G. (2011). *Versiones actuales del sufrimiento infantil. Una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad*. Buenos Aires: Noveduc.

Capítulo II

PROMESAS Y MITOS DE LA CIENCIA MODERNA¹

Wanderley Geraldi²

La ciencia no surgió de un hombre, pero tampoco fue el producto de la immaculada concepción de un método abstracto y universal, sino una creación híbrida, plural y multifacética, engendrada por una comunidad en la que conviven y se fertilizan mutuamente religiosos y magos, artesanos y filósofos, ingenieros y comerciantes, matemáticos y experimentadores, aristotélicos y neo-platónicos, místicos y racionalistas, en una verdadera orgía de pensamiento-acción-percepción-creación.

D. Najmanovich

A pesar de la travesía histórica extremadamente heterogénea por la que la humanidad ha llegado a las ciencias contemporáneas, el olvido de este recorrido es permanente y nos lleva a creer, según el punto de vista universalista que adoptemos, que las verdades construidas en el presente,

siempre fueron verdades, como si el presente fuera el final de la historia y determinara también las verdades en el futuro.

En la fábula de Antonio Machado (Juan de Mairena), siempre quedamos del lado de Agamenón, creyendo en una verdad que se independiza de las circunstancias históricas:

La verdad es la verdad, dicha por Agamenón o su porquero.

Agamenón: de acuerdo.

El porquero: no me convence

En esta fábula, como mostró Larrosa (1998), una voz que no es ni la de Agamenón, ni la de su porquero, profiere el primer enunciado. Esta voz sin dueño, esta voz universal, es la de la ciencia reconocida, pues, incluso si admitimos la sustitución de una verdad por otra verdad a lo largo del tiempo, cada vez esta verdad viene desvestida de cualquier circunstancia, cualquier obstáculo de la subjetividad, en una voz que tiene dueño.

Sin embargo, estas verdades expresadas sin voz, tuvieron sus momentos de voz humana y de condena. El pasaje del sistema ptolemaico al sistema copernicano no fue hecho en una sola generación. En el año 1615, Roberto Belarmino (que intentaba salvar a Giordano Bruno), escribió:

Si hay alguna prueba real de que el Sol se encuentra en el centro del universo, que la tierra ocupa la tercera esfera, y que el sol no gira alrededor de la tierra, pero si la Tierra alrededor del Sol, entonces, de algún modo nos veríamos obligados a proceder con mucha cautela a la hora de explicar los pasajes de las Escrituras que parecen enseñar lo contrario, y deberíamos decir que no entendemos, antes de declarar falsa una opinión que ha mostrado ser verdadera. Pero no creo que exista tal evidencia, puesto que no se me ha demostrado ninguna. Demostrar que se salvan las apariencias, suponiendo al sol en el centro y la tierra en los cielos, no es lo mismo que demostrarlo realmente. Creo que puede existir la primera demostración, pero tengo serias dudas sobre la segunda, y en caso de duda, no podemos abandonar las Sagradas Escrituras tal como las interpretan los Santos Padres. (*Najmanovich, op. cit., pp. 47-48*)

Pero también en la mitad del siglo XIX, encontramos otro ejemplo:

Auguste Comte, fundador de la doctrina positivista, expone públicamente su "manifiesta hostilidad al microscopio" en la lección XLI de *Cours de philosophie positive*. Recordemos que Leewenhoek observó por primera vez el nuevo

mundo de "animálculos" microscópicos a mediados del siglo XVII, logrando que muchos de sus contemporáneos lo consideraran como diletante y fantasioso". (*Idem, p. 43*)

Los dos ejemplos son suficientes para mostrar que el paso del tiempo se ha hecho y se hace necesario para que lo novedoso sea aceptado, y que la construcción de los nuevos conocimientos no se hace sin "escándalos" en el presente, de modo que se puede pensar, hasta incluso decir, que un nuevo paradigma se vuelve hegemónico no sólo por la persuasión de casi todos los científicos, sino con la muerte de los científicos más viejos. Entre Leewenhoek y Pasteur ¡pasaron dos siglos! Y sólo después de ello, la existencia del micro-mundo dejó de ser polémica.

Ni la razón ni la observación, son invenciones de la modernidad: las observaciones astronómicas comenzaron con los sumerios. La gran fábula de la modernidad es la creencia en la razón pura, desligada del cuerpo, de los afectos, de los deseos, de los dogmas, de las experiencias prácticas vitales. Fue el recurso al método lo que permitió el establecimiento de la razón pura.

Un método es un conjunto de principios de exploración que, seguido con rigor, lleva a descubrimientos increíbles. Descartes ha expuesto un método, y desde entonces, cualquier afirmación se sostiene más en el método de descubrimiento que en su relación con el mundo, con lo real, que supuestamente actuaría como "*tertium comparacionis*" de todo decir científico. De hecho, la relación del investigador no se da directamente con las "cosas", sino con sus Otros. En especial, por supuesto, con los sujetos de su propia investigación, a los cuales los resultados les llegan sólo bajo la forma de tecnologías que se "inventaron" a partir de los descubrimientos. Pero están entre los sujetos aquellos que sobredeterminan su práctica - los otros científicos- y que le cobrarán a la "metodología", la explicitación del método utilizado para llegar a los resultados obtenidos. Sin embargo, Leibniz ya había dicho que Descartes, siguiendo su método, había descubierto cosas interesantes, pero si otro investigador siguiera las mismas reglas sólo descubrirá lo que Descartes ya descubrió: para lograr descubrimientos increíbles será preciso desobedecer el método metódicamente, porque otros son los objetos sobre los que se ocupa el investigador.

Sin embargo, la sobredeterminación metódica seguida al pie de la letra sólo permitirá que se diga lo decible, lo previsible:

Nadie aprende el oficio de conocedor o de diagnosticador limitándose a poner en práctica las normas preexistentes. En este tipo de conocimientos entran en juego (normalmente) factores imponderables: instinto, golpe de vista, intuición. (Ginzburg, 1989, p. 179)

Aunque el citado autor se refiere a los conocimientos obtenidos por medio de indicios, sabemos que *“las pretensiones de conocimiento sistemáticas se muestran cada vez más como veleidades”* (*idem*, p. 177). Ciertamente, abandonar el método no significa abandonar el rigor; significa abrirse a la multiplicidad de significados posibles ante la complejidad de las cosas, de las personas y de sus relaciones. Para hacerlo tal vez debiéramos poner bajo sospecha algunas de las promesas de la ciencia moderna, no para borrarlas del mapa, sino para arriesgarnos por otras vías a la producción de conocimientos relevantes.

En palabras del poeta, con el método:

Fiat umbra! Brotó el pensamiento humano

Entiéndase: el pensar homogeneizador - no el poético, que es ya pensamiento divino -; el pensar del mero bípedo racional, el que ni por casualidad puede coincidir con la pura heterogeneidad del ser; el pensar que necesita de la nada, para pensar lo que es, porque, en realidad, lo piensa como no siendo. (Antonio Machado. Martín, p. 693)

TODO SABER, TODO CONOCER

La primera promesa, o mito de la ciencia moderna, está en su propio proyecto: con tiempo y esfuerzo los hombres descubrirán todo sobre la naturaleza física, y en la “física social”, todo lo que se refiere al hombre y sus relaciones con la naturaleza y con otros hombres.

Este ambicioso proyecto de la modernidad iluminista comienza a ser cuestionado desde principios del siglo XX. Sin embargo, Kant había dicho ya que entre las actividades de los seres humanos están las que no

se dejan reducir por el conocimiento científico: las de la política y las de la pedagogía. Freud, más tarde, reconocerá que el psicoanálisis tampoco se deja reducir a la científicidad a la que estábamos acostumbrados. De Saussure, en los inicios de la lingüística moderna, afirma que el punto de vista crea el objeto. Por lo tanto, el sueño de que es la realidad la que es descubierta como conocimiento científico, es dejado atrás. Giles Gaston Granger (1974) al reconocer que *“todo conocimiento científico se desarrolla en un universo de lenguaje”* y que *“lejos de ser una simple vestimenta del pensamiento, el lenguaje es entonces colocado como la actividad radical, condicionando todo conocimiento objetivo”*, muestra que todo el trabajo científico efectúa una reducción de la experiencia global al nivel del fenómeno captado por la actividad casi estructurante del lenguaje, y sólo a partir de éste se construye el objeto efectivo de estudio, en una segunda abstracción estructurante. Así pues, en verdad siempre vamos dejando residuos en los modelos científicos que construimos. Estos residuos pueden constituir, para usar una expresión de Kuhn, un conjunto de fenómenos recalcitrantes de una ciencia anormal, hasta que un nuevo modelo es construido incluyendo estos desechos, pero también produciendo otros. Siempre se recomienza de nuevo, y lo que se aprende expande el mundo que habita el nuevo objeto, dentro de una nueva teoría, que no recubrirá en su totalidad, produciendo nuevos desechos.

Decimos esto con otras palabras:

Del rigor en la ciencia

... En aquel Imperio, el Arte de la Cartografía logró tal Perfección que el Mapa de una sola Provincia ocupaba toda una Ciudad, y el Mapa del Imperio, toda una Provincia. Con el tiempo, estos Mapas Desmesurados no satisficieron y los Colegios de Cartógrafos levantaron un Mapa del Imperio, que tenía el Tamaño del Imperio y coincidía puntualmente con él. Menos Adictas al Estudio de la Cartografía, las Generaciones Sigüientes entendieron que ese dilatado Mapa era Inútil y no sin Impiedad lo entregaron a las Inclemencias del Sol y los inviernos. En los Desiertos del Oeste perduran despedazadas Ruinas del Mapa, habitadas por Animales y por Mendigos; en todo el País no hay otra reliquia de las Disciplinas Geográficas. (Suárez Miranda: Viajes de varones prudentes Libro Cuarto, cap. XLV, *Lérida, 1658. Jorge Luis Borges, El Hacedor*)

TODO PREVER, TODO PRESCRIBIR

El segundo gran mito que nos trajo la ciencia moderna fue el de la predicción de lo que sucederá, en sus razonamientos implicativos. Siempre que las condiciones X ocurren, tendrá lugar Y ($X \rightarrow Y$). Esta previsibilidad en la ciencia es el producto de su modo de construcción del conocimiento: para cada Y hay una causa (o un conjunto de causas), independientemente de cual Y se trate.

La naturaleza teórica de los conocimientos científicos surge de los supuestos epistemológicos y de las reglas metodológicas [...]. Es un conocimiento causal que aspira a la formulación de las leyes, a la luz de regularidades observadas, con vista a prever el comportamiento futuro de los fenómenos. El descubrimiento de las leyes de la naturaleza se basa por un lado, [...], en el aislamiento de las condiciones iniciales relevantes [...] y, por otro, en el supuesto de que el resultado se producirá independientemente de cual sea el lugar y el tiempo en que se realicen las condiciones iniciales. En otras palabras, el descubrimiento de las leyes de la naturaleza se basa en el principio de que la posición absoluta y el miedo absoluto nunca son condiciones iniciales relevantes. (Santos, 1987, p. 16)

El conocimiento garantizaría su verdad sólo cuando aquello que permite predecir realmente sucede, con arreglo a las condiciones dadas. Tal vez, la práctica de la medicina nos pueda proporcionar contra ejemplos. En la relación entre el paciente y el médico, lo que el primero busca es la cura, apoyada en la esperanza que atribuye, al segundo, de su poder curativo, basado en el conocimiento. El médico, utilizando las técnicas de diagnóstico (hoy mucho más fundadas en signos provistos por la ingeniería médica que en síntomas proporcionados por el enfermo) prescribe, con la expectativa de que en este organismo se repita lo que estadísticamente se ha comprobado acerca de las terapéuticas aconsejables, dados los signos que hacen interpretar el “no silencio de los órganos”, ya que una definición tradicional de salud es “el silencio de los órganos”. Sin embargo, el uso de signos ha alterado la relación entre el paciente y el médico, aumentando el poder de éste de decidir, como señaló Canguilhem

A partir del momento en que la medicina deja de basar su diagnóstico en la observación de síntomas espontáneos para apoyarlo en el examen de signos provocados, las relaciones respectivas de enfermos y médicos con la naturaleza

se transforman. El enfermo, al no poder diferenciar él mismo los signos de los síntomas, se inclina a considerar natural cualquier conducta adoptada exclusivamente en función de los síntomas. (Canguilhem, 2004, p. 29)

Sin embargo, todos los médicos deberían ser conscientes de los límites de la eficacia de sus conocimientos, y es más, “no ignoran que ninguna cura, es un retorno” al estado anterior, la reversibilidad de los fenómenos, creencia en la que se fundaba toda la mecánica clásica y la cosmología. Por lo tanto, nuestro conocimiento, transformado en técnicas y rutas de acción, sabe hoy de su falibilidad. Actualmente reconocemos como mito el predecir y prescribir determinísticamente el futuro. Para decirlo en términos poéticos

*Confiamos
en que no será verdad
nada de lo que pensamos*

Abel Martín, Antonio Machado, (p. 691)

TODO RESOLVER, RETOMANDO EL EQUILIBRIO QUO ANTE

El mito de la reversibilidad es consecuencia de hacer caso omiso del espacio y del tiempo como condiciones iniciales relevantes. La atemporalidad permite tratar al mundo como “organismo inerte”. Las cosas sin tiempo están desde siempre muertas: se dejan capturar incluso si no conocemos su lenguaje. Cualquier error podría remediarse, porque siempre sería posible deshacer lo hecho.

En el mundo de la ciencia, desde la relativización introducida por Einstein, y a continuación, con Heisenberg y Bohr, en el campo de la microfísica, sabemos que no resolvemos todo y que incluso modificamos hasta el objeto que estudiamos, a partir de los instrumentos que utilizamos. Sin embargo, fue necesario que los problemas ecológicos aparecieran para que la conciencia de irreversibilidad comenzara a surgir también en el sentido común.

Retomemos aquí las cuatro principales constataciones teóricas señaladas por Santos (1987) como fundamentales para comprender la crisis del paradigma científico moderno:

- a. La cuestión de la relatividad einsteiniana, de la simultaneidad de acontecimientos distantes, que conduce a un círculo vicioso: a fin de determinar la simultaneidad de acontecimientos lejanos, es necesario saber la velocidad; pero para la medición de la velocidad es necesario conocer la simultaneidad de los acontecimientos.
- b. Heisenberger y Bohr, en el tratamiento de las mediciones locales, han demostrado que no es posible observar o medir un objeto sin interferir en él, sin alterarlo, hasta el punto de que el objeto que sale de un proceso de medición no es el mismo que se introdujo en él.
- c. La imposibilidad, en ciertas circunstancias, de encontrar dentro de un determinado sistema formal la prueba de su consistencia, porque aunque se adhiere fielmente a las reglas de la lógica matemática, es posible formular proposiciones indecidibles (cf. Gödel).
- d. La teoría de las estructuras disipativas de Ilya Prigogine y el principio del "orden a través de fluctuaciones": presenta una lógica de auto-organización en una situación de no-equilibrio. (Santos, 1987, pp. 24-28)

Llegamos así a una

...nueva concepción de la materia y la naturaleza [...] difícilmente compaginable con la que hemos heredado de la física clásica. En lugar de la eternidad, la historia; en lugar del determinismo, la imprevisibilidad; en lugar de la concepción mecanicista, la interpenetración, la espontaneidad y la auto-organización; en lugar de la reversibilidad, la irreversibilidad y la evolución; en vez de la necesidad, la creatividad y la contingencia. (Santos, 1987, p.28)

Sin duda, es el campo de la medicina el que nos puede ofrecer los mejores ejemplos de la irreversibilidad. Todo el desarrollo farmacológico que la ciencia moderna produjo - y no se piense en tirar al niño con el agua sucia del baño - ayudó a la medicina en el ejercicio de la búsqueda de la cura (a veces también de la salud, como en los procesos de vacunación). Pero también amplió las posibilidades de rentabilidad de los laboratorios, cuyos

intereses empresariales se superponen a los intereses sociales y de la salud. La medicalización de la sociedad es el resultado de esta ambivalencia entre las formas de producción de los fármacos y las metas de la salud: de que no haya dolor, que haya cura. Por supuesto que estamos muy lejos de los tiempos del "Decreto de Tiberio": *"después de la edad de treinta años, cada hombre debe poder ser su propio médico"*, sostenido en la confianza de la acción de la naturaleza en la reequilibración del cuerpo en estado de desequilibrio. Pero la medicalización, convierte en "enfermedad" lo que apenas podría ser diferencia, sin ninguna confianza en los procesos naturales, que sólo volverían después de una intervención. Por otra parte, es también una consecuencia de la creencia en nuestro mito, de que somos capaces de resolver todo con nuestros conocimientos.

Aceptar que nuestros conocimientos no dan cuenta de todo, que hay misterios insondables para la capacidad de la que disponemos en tanto hombres (y no dioses de la razón), es aceptar la contingencia y el acontecimiento. En otras palabras, aceptar que *"la vida es demasiado valiosa como para ser desperdiciada en un mundo desencantado"* (Mia Couto, Jerusalén, en la voz de Silvestre, p. 25).

TODO EXPRESAR, TODO COMPARTIR, TODO HOMOGENEIZAR

Finalmente, estamos guiados por el mito de homogeneidad tomado como un bien en sí mismo, en cualquier espacio en el que aparece lo homogéneo. Voy a señalar uno de estos lugares en que su emergencia sería aplaudida. Para expresar el conocimiento alcanzado y compartirlo con los otros, la ciencia ha construido su propio lenguaje, lógica aparente, fundada en la supuesta exactitud de las matemáticas. Todos emplearían sus términos en el mismo sentido, sin ambivalencias, sin ambigüedad, sin peligros. Pero en las definiciones y codificaciones se esconden las dudas; en expresiones conocidas se ocultan los desconocimientos; en las fórmulas despojadas por la abstracción, se esconde el desprecio por lo singular, por lo único y por lo irrepetible.

El mito de que podemos expresarlo todo y, por lo tanto, compartirlo, es la recuperación de un supuesto estado existente antes de Babel. El mito de Babel nos hace suponer que todos se expresaban antes en una misma lengua. Reunidos en la construcción de la torre para llegar al cielo y a los dioses, los hombres fueron castigados por su orgullo, precisamente con la diferencia de idiomas. En un solo golpe, el mito introduce dos consecuencias: a) la suposición de una unidad perdida - que el lenguaje de la ciencia se esfuerza por recuperar, y b) la interpretación de que la diferencia es un castigo. ¡Por desgracia, este mito bíblico funda nuestras concepciones acerca de la diversidad!

Por otra parte, toda diferencia requiere un tratamiento distinto. Si los objetos de conocimiento son diversos, distintas deben ser las formas de aproximación comprensiva. Como la igualdad es una construcción que devasta lo real de las diferencias, la ciencia se fundó en el proceso de negación de lo único, de la unidad en beneficio de la generalización y de la abstracción.

La ciencia moderna consagró al hombre como sujeto epistémico, pero lo expulsó del proceso de producción de conocimientos. Una ciencia de manipulación del mundo no necesita del sujeto empírico en su gestación; sin embargo, con la crisis de la ciencia moderna, la nueva ciencia que emerge demanda justamente la presencia del sujeto en el proceso de su producción porque reconoce que los conocimientos son también productos de la analogía, la sutileza y el ingenio para establecer nuevas relaciones y visualizar las nuevas posibilidades. Las disciplinas y los métodos son incapaces de explorar nuevos caminos. Sólo el hombre es capaz de hacerlo.

Podría ser útil aquí una distinción que aparece en el libro "*Hacia una filosofía del acto responsable*" de Mikhail Bakhtin (2010). Se trata de la diferencia entre *istina* y *pravda*, expresiones que traducimos como verdad. La verdad-*istina* es la que se obtiene por sucesivas abstracciones; son verdades construidas en el interior de una teoría en la que se arma un modelo abstracto de explicación de un objeto. La verdad-*pravda* es aquella del mundo de la vida, relativa al acontecimiento en sí mismo y a las percepciones que de él hacen los sujetos involucrados. No es el resultado de la abstracción que excluye singularidades, sino, por el contrario, de la continua incorporación de elementos, de tal modo que la verdad-*pravda* puede ser una en un momento, y otra en otro posterior, si se añadieran nuevos elementos para emitir un juicio de valor (aquí, de valor de verdad).

Si pudiéramos hacer una reducción a fórmulas lógicas, los razonamientos que conducen a la verdad-*istina* son del orden de la implicación: "si p, q"; "si q, r", y así sucesivamente, de modo que la conclusión final se expresa también en la misma fórmula: "si Y, X". El razonamiento que conduce a la verdad-*pravda* es del orden de la adición: "p & q & r &...". Cada vez que añadimos nueva información, el producto final de nuestro análisis puede cambiar o puede ser confirmado con mayor solidez.

Cada nuevo aspecto de sentido resulta de la adición en el presente de una información que antes no estaba disponible. La referencia a la osadía del conocimiento hace abandonar cualquier imagen de seguridad de un método. Y aún más, "la resignación del cognoscente; la reverencia" son actitudes de quienes saben que la verdad nunca recibirá un sello de "*causa finita*".

Una vez más recorro a la medicina: si el fármaco es producto de las abstracciones y las generalizaciones, su consumo es del orden de lo particular, de un organismo particular. No importa que las estadísticas de utilización terapéutica de una droga pueda conducir a resultados positivos de curación: cada médico sabe que la complejidad de lo singular es mayor que la complejidad construida por el borramiento de las diferencias. Si no fuera así, no existiría la necesidad ética de todo médico de estar alerta sobre los efectos de la droga que receta.

Construir la ciencia de lo particular, la verdad-*pravda*, es un camino que hemos abandonado hace siglos y que tal vez deberíamos retomar para producir otro significado para la vida que vivimos. En palabras del poeta, es preciso experimentar la fragilidad del hombre para conocer el mundo

Nací para administrar lo fútil

lo en vano

lo inútil.

Pertenezco de hacer imágenes.

Opero por semejanzas.

Saco semejanzas de personas con árboles

de personas con ranas

de personas con piedras

etc, etc.

Saco semejanzas de árboles conmigo.

No tengo habilidad para claridades.

Preciso obtener sabiduría vegetal.

*(Sabiduría vegetal es recibir con naturalidad una rana en el secano).
Y cuando esté apropiado para piedra, tendré también
sabiduría mineral.*

Manoel de Barros.
Desejar ser 8.
(Traducción de Jorge Larrosa)

NOTAS

1. Texto de la exposición presentada en el Forum Permanente de Debates de la Universidad de Campinas 21.11.2012
2. Profesor Titular de IEL/Unicamp. Agradezco a Gisela Untoiglich que me permitió hacer sonar este texto en lengua española, por la invitación a participar de su trabajo y por la traducción del texto. Agradezco también a Jorge Larrosa por la traducción del poema de Manoel de Barros con el cual cierro mi exposición.

Bibliografía

- Bakhtin, M. (2010). *Para uma Filosofia do Ato Responsável*. São Carlos: Pedro & João Editores.
- Barros, M. (2002). *Livro sobre Nada*. Rio de Janeiro: Record
- Borges, J. L. (1999). *O Fazedor*. Obras Completas, vol II, São Paulo: Globo.
- Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre Medicina*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Couto, M. (2009). *Jesusalém*. Alfragide: Caminho.
- Geraldi, J. W. (2012). Heterocientificidade nos estudos linguísticos. In *Grupo de Estudos de Gêneros Discursivos. Palavras e Contrapalavras: Enfrenando questões da metodologia bakhtiniana* (pp. 19-39). São Carlos: Pedro & João Editores..
- Ginzburg, C. (1989). Sinais. En *Mitos, Emblemas, Sinais. Morfologia e História* (pp.143-179). São Paulo: Cia das Letras.
- Granger, G.-G. (1974). O problema das significações. En *Filosofia do Estilo* (pp. 133-168). São Paulo: Perspectiva.
- Larrosa, J. (1998). Agamenon e seu porquero. En *Pedagogia Profana: Danças, piruetas e mascaradas* (pp. 187-207). Porto Alegre: Contra*Bando.
- Machado, A. (2009). Abel Martín. En *Obras Completas*, vol I, Barcelona: Instituto Cervantes, p.670-694.
- Najmanovich, D. (2003). O feitiço do método. In Regina Leite Garcia (org) *Método e Métodos Contramétodo* (p. 25-62). São Paulo: Cortez.
- Santos, Boaventura de Sousa (1987). *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Edições Afrontamento.

Capítulo III

CONSTRUCCIONES DIAGNÓSTICAS EN LA INFANCIA

Gisela Untoiglich

- *Cuando yo empleo una palabra -insistió Humpty Dumpty en tono desdenoso- significa lo que yo quiero que signifique..., ¡ni más ni menos!*
- *La cuestión está en saber -objetó Alicia- si usted puede conseguir que las palabras signifiquen tantas cosas diferentes.*
- *La cuestión está en saber -declaró Humpty Dumpty- quién manda aquí... ¡si ellas o yo!*

L. Carroll

Me gustaría comenzar este capítulo introduciendo la siguiente pregunta: **¿Cómo se diagnostica en la actualidad?**

En el presente nos encontramos con una simplificación de la clínica psicológica, listados interminables de conductas que se transforman en

pretendidos diagnósticos, confundiendo descripciones fenoménicas con diagnósticos psicopatológicos. Con el próximo desembarque del DSM 5 (Manual Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión, de la Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), este compilado de trastornos promete no dejar a nadie afuera de sus clasificaciones ya que con sus espectros y poblaciones vulnerables, ampliará de modo incalculable los sujetos que serán cercados en sus categorías.

En la nueva versión del manual se incluirá, por ejemplo, el Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (DMDD) con el cual se diagnosticará a niños que *“tres o más veces a la semana exhiben episodios frecuentes de irritabilidad, arrebatos y berrinches”*. (Frances, 2010). A consecuencia de lo cual, ya no tendremos niños maleducados, insportables o caprichosos, ni padres con dificultades en la crianza, sino que ahora los niños tendrán un trastorno biológico llamado DMDD, que por supuesto podrá ser medicado. Asimismo, más de 14 días de tristeza en un duelo, se considerará en el DSM 5 como *“Duelo patológico”*: *“dos semanas de ánimo depresivo, pérdida de interés en actividades, insomnio, pérdida de apetito, y problemas en concentrarse inmediatamente posteriores a la pérdida del cónyuge, serán un trastorno mental”* (Frances., op.cit.) con su consabido tratamiento farmacológico.

Como se puede observar, vivimos en una época histórica en la cual hallamos mucha dificultad para lidiar con el malestar, lo doloroso y, como ya se señaló en el capítulo 1 de este libro, esto prepara el terreno para que el campo de la medicalización y la patologización de la infancia sea cada vez más fértil.

Si la medicina queda dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del supuesto enfermo, entonces no hay campo exterior a la medicina. Es preciso señalar que esta lógica no necesita sólo de los médicos para su iniciación, por ejemplo me parece necesario cuestionar por qué hoy vemos con *“naturalidad”* que si un niño se porta mal en la escuela sea derivado al neurólogo, ¿cuál es la hipótesis que subyace a esto? De este modo se opera sobre la realidad y se promueve un control social, supuestamente, en nombre de la salud.

Iriart e Iglesias Ríos (2012) proponen pensar esta cuestión utilizando una categoría construida por Clarke (2010): la *“Biomedicamentación”* del sufrimiento infantil que pone en evidencia los cambios profundos tanto socio-económicos, como políticos e ideológicos-culturales que van transformando nuestra sociedad. La medicalización implica la expansión hacia el campo médico de problemas inherentes a la vida. La biomedicalización supone la internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los propios individuos, no requiriendo necesariamente de la intervención médica. No sólo se trata de definir, detectar y tratar procesos mórbidos, sino de encender todas las señales de alerta disponibles para captar potenciales riesgos e indicios que podrían derivar en una patología. Son los casos del TDAH y el autismo, como veremos en otros capítulos. Se pone a disposición de los usuarios, en apariencia, sencillos, garantizados y universales métodos de detección y diagnóstico, lo cual facilita la difusión de dichos cuadros, el crecimiento exponencial de las estadísticas que ellos mismos potencian y, por consiguiente, se exacerban el autocontrol y la vigilancia.

Por supuesto, este no es nuestro modo de plantearnos la clínica y el sufrimiento infantil, es por esto que en este capítulo se abordarán algunas modalidades posibles de pensar una clínica que aloje al sujeto y produzca intervenciones subjetivantes en el niño, sus padres y la institución escolar.

DIAGNÓSTICOS EN LA INFANCIA

Quisiera retomar el título de este libro para pensar que así como los niños comienzan trazando sus primeras letras con lápiz, los profesionales que nos ocupamos de la salud mental de los más pequeños también tendríamos que utilizar un lápiz para escribir esas primeras hipótesis diagnósticas, que por un lado son absolutamente necesarias y forman parte del proceso de cura, pero que no deberían constituirse nunca en una marca indeleble en la vida de un sujeto.

Un niño es una persona que se encuentra en proceso de constitución de su subjetividad, entramado con los Otros y atravesado por la época

histórica que le toca vivir. Cuando los padres de un pequeño realizan una consulta esto puede establecer un hito relevante en su historia, y con frecuencia hay un antes y un después no sólo en la vida de ese niño sino también en la de sus padres, y por lo tanto, los profesionales tenemos que ser conscientes de ese poder que está determinado por un saber que nos suponen y del cual debemos hacernos cargo.

Los diagnósticos tendrían que funcionar como brújulas orientadoras para los profesionales, siempre tomando en cuenta que se construyen en un devenir que va modificándose, ya que por un lado el proceso de maduración propio del crecimiento, y por el otro, el trabajo mismo que el profesional va realizando con el niño, su familia y a veces la escuela, van cambiando las condiciones, lo cual podrá posibilitar movimientos fundantes en esa subjetividad en ciernes. Nunca es en un único encuentro que se puede establecer qué le ocurre a un niño, con lo cual los diagnósticos se realizan en un proceso enmarcado por la transferencia con ese profesional y/o institución, y tomando en cuenta las múltiples determinaciones del malestar de ese sujeto.

No existen diagnósticos *prêt à porter* (expresión en francés que significa: listos para ser llevados) o su versión en inglés: *ready-to-wear* (listo para usar / vestir), los diagnósticos se construyen en el espacio transferencial, y pueden sufrir transformaciones a medida que el trabajo se realiza.

Es necesario tener en claro quién y por qué solicita el diagnóstico y para qué se realiza, así como desde qué marco teórico se efectúa el mismo. Ya que es una falacia suponer, tal como propone el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales, que se puede ser a-teórico y a-político a la hora de establecer un diagnóstico.

Por otra parte, determinar por la observación de conductas y el completamiento de cuestionarios que un niño es... TDA, TGD, TOD, etc., es no entender la vida en su sentido dinámico, tanto como confundir consecuencias observables con causas múltiples que subyacen a un malestar (Untoiglich, 2011).

HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS

Cuando recibimos la consulta por un niño nos encontramos con distintos actores en juego: el niño, sus padres y con frecuencia la escuela (la institución, los docentes, el grupo de pares). Será necesario indagar en cada una de estas instancias lo que está sucediendo, para entender qué le ocurre a este sujeto por el cual nos convocan. Para esto podemos recurrir a diversas herramientas que nos posibilitarán introducirnos en las múltiples causas que ocasionan el malestar. Las mismas nunca serán fijas y tendremos que decidir en cada instancia cuáles utilizaremos, en qué orden y con qué finalidad.

Para comprender las múltiples determinaciones del malestar por el cual nos consultan, será preciso abrir un espacio y un tiempo de trabajo, que necesitará de diversos encuentros con los padres, con el niño y muchas veces con la institución escolar. Este proceso demanda tiempo y disponibilidad, tanto por parte del terapeuta, como de la familia. Asumir el compromiso de entender qué está sucediendo es abrirse a lo diverso, a lo múltiple, a lo imprevisto, es construir el camino a medida que vamos transitando, lo cual nos permite encontrarnos con lo inesperado, sin necesidad de tener que transformarlo en lo ya conocido para que encaje en nuestros patrones preestablecidos.

El trabajo con los padres en la clínica con niños

Cuando superviso el trabajo clínico de otros profesionales, una pregunta recurrente es qué hacer con los padres. Es una verdad de Perogrullo decir que todos los hijos tienen padres, asimismo está hoy supuestamente acordado que es necesario el trabajo clínico con los padres, pero no está tan claro qué escuchar, para qué, hasta dónde y qué hacer con ese material en relación al trabajo con el niño.

Ya Freud (1932) nos decía en la Conferencia 34 que el niño podía favorecerse de la terapia analítica y que los éxitos podían ser radicales y duraderos, pero advertía que había que modificar en gran medida la técnica de tratamiento elaborada para adultos, ya que la asociación libre y la transferencia desempeñan otro papel, debido a que los progenitores reales

siguen presentes. Asimismo nos advierte que *“suele ser necesario aunar al análisis del niño algún influjo analítico sobre sus progenitores”* (p.137)

M. C. Rojas (2005) plantea que sostener como campo de trabajo psicoanalítico, el abordaje de la parentalidad conlleva la reformulación de algunos conceptos, entre ellos el de transferencia, y propone pensar las transferencias múltiples.

L. Wettengel (2009) explica el trabajo de la parentalidad como un trabajo psíquico que va mucho más allá de tener un hijo y que se relaciona con contenidos psíquicos que producen movimientos subjetivos tanto en el adulto como en su descendencia. Indagar la modalidad de ese proceso permite entender parte de los vínculos libidinales que se establecen en la crianza.

Hoy sabemos que la familia burguesa y la estructura patriarcal están en revisión. Aquellos que cumplen la función parental pueden o no ser los padres biológicos del niño, pueden o no ser dos personas, pueden o no ser un varón y una mujer. Sin embargo, más allá de las personas reales que ejerzan la función, es necesario señalar cuáles son aquellas funciones fundantes de la subjetividad. M. C. Rojas (op. cit.) destaca aquellas ligadas a la **interdicción**, al **sostén**, cuyo ejercicio se sustenta en una **asimetría fundante** de la relación parento-filial. Por otra parte es necesaria la **renuncia pulsional al incesto** y a la **violencia física y psíquica** sobre los hijos y hacia los cónyuges.

La época en la cual somos padres, los mandatos de nuestros ancestros, las modalidades socio-culturales también condicionan la parentalidad.

El niño se encuentra inmerso en un medio determinado, al cual R. Rodulfo denominó mito familiar. Es necesario indagar cómo y de qué elementos está compuesto ese mito que lo atraviesa, lo determina y lo constituye como sujeto.

En el trabajo con los padres es necesario indagar cuáles son los mecanismos defensivos predominantes, según las temáticas que se aborden. Ya que podría haber un adulto funcionando a *“predominio de la represión”* y que, sin embargo, en alguna cuestión puntual con este hijo prevalezcan otras defensas.

La madre de Fabricio era una mujer reconocida y exitosa profesionalmente que no pensaba tener hijos, sin embargo a los 40 años se encuentra en una ecografía de rutina, con un embarazo de 5 meses, del cual no había registrado ningún signo. Debido a los riesgos que conllevaba un aborto a esa altura, decide continuar sola con ese embarazo, sin informarle al padre del niño, ya que había sido producto de una relación ocasional. Nace un bebé sano, poco demandante, del cual ella no puede ocuparse y delega la función en niñeras rotativas.

Cuando consulta a los 3 años, Fabricio no miraba a los ojos, hablaba de sí mismo en tercera persona, no jugaba y pasaba largas horas mirando noticieros.

La madre refiere que no va a hablar de su historia porque no encuentra ninguna relación con lo que le ocurre a su hijo, ya que habiendo chequeado los síntomas en internet, se dio cuenta que su hijo es TGD (Trastorno Generalizado del Desarrollo), lo cual es una enfermedad de origen neurobiológico.

Cuando le pregunto a quién se parece el niño, da un respingo en la silla y dice que es igual al padre de ella, del cual sólo expresa en esa primera entrevista: “De todas maneras se murió mucho antes que naciera Fabricio, por suerte no lo conoció. Se murió de cáncer de pulmón, yo hubiese deseado que sea un cáncer de testículos”.

En otro momento, para explicarme lo ocurrente que era Fabricio cuenta que el niño le dice que quiere tener un bebé con ella, a lo cual ella le contesta que va a ser imposible porque después que él nació, pidió que la vaciaran.

Como podemos observar, en esta madre aparece una trama densa en relación a su historia, para la cual se necesitará mucho tiempo y mucha disponibilidad del terapeuta para poder destramar. Tenemos, entonces, una mujer que, en toda su vida, funciona con aparente *“normalidad”*, pero que la llegada de un hijo varón la desestabiliza porque toca todas sus fibras más íntimas, sus heridas infantiles no cicatrizadas, debido a una historia de abuso parental, con la cual convivía y había aprendido defensivamente a dejar a un costado. Pero ¿cómo ser madre de un varón que ella

ve como igual a su padre y no permitir que las peores pesadillas se pongan de manifiesto? ¿cómo conectarse afectivamente con aquel que encarna su fantasma? A su vez, ¿cómo trabajar con Fabricio si ese tejido no se desanuda, fabricando nuevos anudamientos?

El modo en que reaparece en los hijos lo desestimado, lo desmentido o lo reprimido de los padres marca diferencias en la constitución subjetiva. Lo reprimido parental suele retornar desde el niño en forma de síntomas, o funcionamientos sintomales. Cuando predomina la represión se transmiten las representaciones reprimidas así como las normas y prohibiciones que impulsaron la represión, tanto como las fallas de los mecanismos defensivos.

Cuando se presentifica lo desmentido en los ancestros, esto puede aparecer como una defensa a ultranza del narcisismo y se pueden repetir mecanismos de actuación permanentes. Para sostener la desmentida, el niño muchas veces tiene que desconocer la realidad.

Cuando lo que prevalece es la desestimación, el niño puede pasar a ser la presentificación de lo rechazado, como vimos en el caso de Fabricio, poniendo de manifiesto lo siniestro. Así él mismo se verá con dificultades para sostener pensamientos. “Como dice D. Anzieu (1995), el niño puede pensar en tanto esté inmerso en un mundo de pensamientos, en el que es pensado, el trabajo con los padres como posibilitador de un espacio en el que el niño sea pensado, permite la construcción del «aparato para pensar pensamientos» en el hijo”. (Janin, 2005).

R. Kaës (1993) propone que la repetición de una generación a otra puede ser repetitiva o transformadora. Toma de Bion el concepto de objetos transformables y no transformables, y supone que la transmisión de objetos transformables posibilita al que los recibe, ejercer sus modificaciones, lo cual le permite la incorporación en su actividad psíquica. Los objetos no transformables son como “cosas en sí”, inertes que atacan el aparato de pensar y permanecen enquistados. Se presentan como objetos no metabolizados, ni metabolizables, que se transmiten en forma “bruta”, en una repetición idéntica. Estos trozos de vida ajena quedan enquistados en los hijos. Faimberg (1993) propone pensar a estos sujetos que se presentan como vacíos, como aquellos que, en realidad, están demasiado llenos de historias no procesadas de otros.

Cuando lo que predomina en los padres es la conflictiva narcisista, tienden a identificarse con el niño, a considerarlo como parte de sí mismos. Frases como: “*Cuando él sufre, es como si me arrancaran una parte mía*”, “*yo lo entiendo porque yo era igual*”, dan cuenta de ese posicionamiento. El problema se presenta cuando el niño se distancia del ideal, de lo que se espera de él, entonces pasa a ser ese “extraño”, ese “no – yo” rechazado. La lógica narcisista es una lógica dual, pero que en realidad conforma una unidad indisoluble, lógica del amor-odio, del existir-no existir, cuando algo ataca la unidad todo se desmorona. Una madre dice: “*si yo no sé lo que le pasa, entonces para qué existo*”; otra expresa: “*ser una buena madre es estar siempre por delante de lo que le pasa, es poder anticiparme a los problemas*”; un padre denuncia: “*el mundo son ella (su mujer) y él (su hijo), y yo parece que no existo*”. Sin embargo, la lógica narcisista también puede expulsar lo rechazado de los propios aspectos, con lo cual a ese hijo que convoca los peores aspectos de su padre, le será muy difícil encontrar un lugar. P: “*No quiero que sea un fracasado como yo. Si hoy le va mal en primer grado, ¿qué le deparará el futuro?*”.

Si el niño se constituye a través de los decires y las acciones de sus progenitores, una realidad fundamental para el niño es la realidad psíquica de sus padres, por lo tanto se hace absolutamente necesario trabajar con los padres para poder generar nuevas lecturas de la realidad, que posibiliten abrir novedosas perspectivas en el trabajo con el niño.

Los primeros encuentros con los padres de un niño (o aquellos que se ocupan de su crianza) son imprescindibles para conocer cuáles son sus hipótesis acerca de lo que le ocurre a su hijo, como se posicionan ante un tercero cuando tienen que hablar de él, dónde se producen los puntos de quiebre.

En numerosas ocasiones, es la primera vez que estos padres tienen un espacio para preguntarse acerca de qué le ocurre a su hijo y qué les sucede a ellos con esto que acontece con su hijo. Indagar cuáles son las suposiciones de los padres, por qué consultan, qué los preocupa en relación a este hijo, por qué consideran que sus estrategias no funcionan con este niño en particular, cuáles son los significantes que utilizan para presentarlo, a quién consideran que se parece este niño. Asimismo, observaremos cómo se vinculan entre ellos, cuál es la dinámica de la pareja y cómo se posiciona

cada uno en la relación de pareja, con respecto a su hijo y con el profesional. Todas estas cuestiones comenzarán a desplegarse en la primera entrevista, ante un terapeuta que funciona como terceridad, en transferencia, y que posibilitará que en ese encuentro se esbocen los primeros derroteros para entender el porqué de la consulta.

Una característica de estos tiempos es que, con el acceso más facilitado a considerable información, los padres, con frecuencia, llegan a la consulta psicológica con “el diagnóstico” del niño ya realizado, tal vez por un cuestionario autoadministrado realizado por internet – como en el caso de Fabricio –; algunas veces otro profesional ya evaluó al niño, quizás lo hizo la escuela. Estas circunstancias pueden favorecer que se pierdan de vista las particularidades de este niño y se reemplace al sujeto por etiquetas clasificatorias que suelen tomar en cuenta sólo las conductas observables, sin profundizar en cuáles son los múltiples factores que significan el malestar del pequeño. Es por esto que cuando escuchamos a los padres es necesario tratar de conectarlos con lo que los preocupa de su hijo más allá de las clasificaciones, que sólo nos hablarán de generalidades pero no del sufrimiento singular.

Una cuestión fundamental para entender qué le ocurre a un niño es indagar su historia.

Historia libidinal

Freud plantea que la historia es siempre historia libidinal, cartografía de esos encuentros y desencuentros, historia de deseos, fantasmas, temores, que constituyen al niño incluso mucho antes de su nacimiento. Anudamientos singulares, únicos, de por lo menos tres generaciones, que se entrecruzan de imprevisibles modos con la llegada de ese hijo.

No se trata de indagar “datos objetivos”, ni buscar una cronología de hechos sucesivos, sino de introducirnos por los meandros de ese recorrido, que nunca es lineal y que se construye a medida que se va relatando.

En el encuentro con los padres, tendremos que introducirnos en cómo recortan, significan, demarcan e incluso construyen esa historia al momento de relatársela a un tercero: la constitución de la pareja parental, o la circunstancia de que no la haya, el momento de la llegada de este niño.

las modalidades de crianza, la instalación de ritmos, rutinas y límites, el sostén del niño, el apoyo de los padres en su familia de origen (o no), las historias como hijos de los padres, sus vínculos fraternos, lo que cuentan de su historia y fundamentalmente lo que callan de ella, los silencios y los significantes que eligen para transmitir, todos estos elementos conforman la argamasa que compone al niño, inserto en ese entramado transgeneracional. El terapeuta tendrá que profundizar en cada uno de estos elementos para poder entender qué le ocurre hoy a ese pequeño por el cual consultan.

Asimismo, es fundamental conocer los acontecimientos que demarcaron la historia del niño y de sus padres, así como indagar qué significantes se ofertaron al niño para metabolizar dichos sucesos. Los hechos no son en sí mismos traumáticos, aquello que los transforma en traumáticos es el impedimento para procesarlos. Esta posibilidad está habilitada en la infancia, por adultos que están en condiciones psíquicas de ofrecer al pequeño elementos que permitan la elaboración de los diferentes acontecimientos complejos que las circunstancias de la vida pueden presentar.

Los padres de Lucas, niño de 4 años, consultan derivados por la escuela a causa de la permanente desatención e hiperactividad del pequeño. Lo primero que relatan en la entrevista es que el niño sufre una Hemiparesia que afecta el lado derecho de su cuerpo, la misma fue detectada por su madre en los primeros meses de vida. Tiene tratamientos de estimulación y kinesiología desde temprana edad. Dicen que los sorprende la inteligencia del pequeño. Es hijo de padres grandes, está siempre rodeado de adultos que le festejan todas sus ocurrencias. Cuando indago acerca de qué información tiene el niño sobre su padecimiento, los padres relatan que han decidido no contarle sobre la Hemiparesia ya que consideran que a simple vista no es perceptible. Suponen que “saber” de su enfermedad lo volverá infeliz y violento, entonces le han dicho que su mano derecha no aprende como la otra y él le tiene que enseñar. Por supuesto esto ocasiona una permanente tensión en el niño. Cuando le pregunto a Lucas por qué viene a la consulta, me dice que para que lo ayude a enseñarle a esta (señala su mano derecha) a aprender.

Aquí no se trata de que la Hemiparesia es co-mórbida con un Trastorno por Déficit de Atención -hipótesis de la psicopedagoga de la institución es-

colar- sino que el modo en el cual ésta es vivida sin ser nombrada, devela una modalidad familiar que captura la disponibilidad atencional del pequeño.

Reconstruir la historia no implica realizar lecturas lineales de la misma, es decir, no se trata de plantear que a tales acontecimientos históricos siempre corresponde tal problemática psicopatológica, porque de ese modo sólo estaríamos reemplazando determinaciones genéticas por determinaciones históricas, lo cual sería tan simplista como el reduccionismo biologista. Y justamente lo que proponemos es pensar en términos de complejidad, es decir, investigar lo histórico y también encontrarnos con el azar, con esos acontecimientos que se salen de lo ordinario y pueden cambiar el decurso de una historia. Es necesario indagar cómo fue el tránsito por dichas situaciones.

No hay causalidad lineal entre el acontecimiento y el síntoma, como tampoco lo hay entre la estructura del Edipo y la emergencia de una modalidad específica de funcionamiento en el sujeto que en ella está inserto. Esto quiere decir que entre el acontecimiento y el síntoma, entre la estructura del Edipo y la constitución psíquica infantil, se producen complejos procesos de metabolización que dan lugar a formas fantasmáticas específicas de instalación de los sistemas deseante y defensivos. (Bleichmar, 1988).

Cuando Tadeo estaba por nacer, las circunstancias del parto se complicaron, el bebé tardó en respirar y el médico enunció: "*Mmm... este chico va a necesitar siempre ayuda*". Esa frase, para esa madre (que tenía una historia muy particular en relación a los hombres), se convirtió en sentencia. Cuando conocí a Tadeo a los 3 años no hablaba, no jugaba, no miraba a los ojos, no hacía nada por sí mismo. Fueron necesarios muchos años de trabajo para desarticular los efectos de esa frase entramada en esa historia y construir otras posibilidades para ese pequeño y sus padres.

Es importante destacar que el niño no es sólo un hijo, no es sólo la resultante o la sumatoria de una madre y un padre (con sus historias, deseos, fantasmas), sino que es un ser con su propio bagaje genético, histórico que procesa las vivencias de un modo singular, un sujeto activo que trabaja en su constitución, con elementos de su mundo interno y aquellos que le llegan del mundo externo, y que realiza su propio procesamiento de los mismos.

Los encuentros con un niño

Para entender qué le ocurre a un niño, desde sus aspectos psíquicos, es necesario indagar, como plantea R. Rodulfo, cuáles son los trabajos psíquicos que ha realizado y cuáles son los que todavía no ha podido efectuar y por qué se encuentra detenido, inhibido o imposibilitado de realizarlos. Las adquisiciones no suelen ser parejas, generalmente existen áreas que están muy desarrolladas, otras no tanto, mientras algunas se encuentran estancadas.

Las clasificaciones que critico con mayor énfasis son las del DSM, porque en la actualidad son las más generalizadas, y considero que aplanan al sujeto y empobrecen la clínica. Sin embargo, cuando las estructuras clásicas psicoanalíticas: neurosis, perversión y psicosis, se quieren aplicar en la infancia, también degradan la riqueza clínica y pierden al sujeto niño y sus múltiples posibilidades de movimiento. S. Bleichmar proponía pensar el funcionamiento psíquico "*a predominio de...*" a predominio de la represión, de la escisión, de la renegación. Por supuesto que en la infancia no esperamos que ni mecanismos ni estructuras estén cerrados, y con frecuencia el trabajo clínico mismo posibilitará que se construyan otros devenires.

Sin embargo, es necesario realizar una primera gran distinción entre síntoma y trastorno, al modo en que lo presenta S. Bleichmar (1988). Al síntoma lo piensa de la manera clásica como formación del inconsciente, fracaso de la represión y retorno de lo reprimido; con respecto al trastorno lo define como:

(...) la emergencia en lo manifiesto de un conflicto en el marco de lo que he denominado tópica intersubjetiva, es decir en el interior de las relaciones primordiales con el semejante, en los momentos previos a la instauración de la neurosis infantil.

Desde esta perspectiva, se entiende el proceso diagnóstico no sólo como una "exploración" del niño, sino como un proceso de simbolizaciones en el cual se abordan los vínculos primordiales con las figuras originarias que participan de ese proceso. (Bleichmar, 1988).

Cuando nos consultan por un niño es fundamental discriminar quién está sufriendo, de qué está sufriendo y por qué está sufriendo.

Muchas veces los padres consultan por determinadas causas, que no tienen absolutamente nada que ver con lo que intranquiliza a los niños, y es necesario deslindar una preocupación de otra.

Es preciso indagar cuáles son las determinaciones histórico-singulares que producen esa emergencia del padecimiento. Asimismo, cuando la derivación proviene de la institución escolar es necesario analizar cómo está implicada la escuela en el sufrimiento de este niño.

Generalmente nos encontramos con el niño luego de haber conocido a sus padres. Es importante preguntarle al niño por qué cree que viene, cuáles son sus conjeturas acerca de su malestar. En ese primer encuentro enunciaré lo que para mí es una **regla fundamental en el trabajo con niños**: *Tus padres vinieron acá para contarme lo que les preocupa de vos, vos venís acá para que juntos entendamos qué te está pasando. Podemos hacerlo a través de la palabra, de juegos o dibujos. Lo que nosotros hablemos, por mi parte quedará entre nosotros. Cuando me vuelva a encontrar con tus padres les voy a contar lo que yo pienso de lo que te está pasando y luego también lo charlaré con vos.*

En esta regla quedan expuestos diferentes aspectos: por un lado la diferenciación entre el motivo de consulta de los padres y el del niño; también, que él entienda para qué viene y cuáles son los medios que vamos a utilizar para un trabajo conjunto. Otro punto fundamental es el secreto profesional, es importante que el niño sepa que su intimidad será respetada¹, que sus dichos y sus producciones no serán expuestos, salvo que se acuerde esto con él previamente.

En el encuentro con el niño es fundamental, darle tiempo y espacio a su expresión. Los niños están acostumbrados a escuchar cómo se habla de sus problemas pero pocas veces se les pregunta a ellos qué les pasa, o por qué creen que les ocurre lo que se dice que les pasa. Por lo general ellos tienen alguna hipótesis de su padecer que será fundamental desplegar, pero para esto necesitan construir un vínculo de confianza, que podrán realizar si se encuentran con un adulto en disponibilidad de escucha y no con aquellos que entienden la clínica como un dispositivo burocratizado, de aplicación de cuestionarios, tests y protocolos.

La palabra es uno de los medios por los que un niño puede expresarse, pero no suele ser la vía privilegiada. Los dibujos y los juegos pueden ser

modos de acceso al mundo infantil y vías de elaboración de las problemáticas. Observar qué dibuja, cómo lo hace, qué dice de aquello que grafica, qué escribe, a qué elige jugar, cómo desarrolla el juego y cómo nos incluye o no, nos permite introducirnos en el mismo, posibilitará que podamos comenzar a entender qué le está sucediendo.

Jugar en el espacio terapéutico

Anna Freud comienza a trabajar con niños, pero comete el error de tratar de aplicar las técnicas del trabajo con adultos, la asociación libre, al tratamiento de los niños. Melanie Klein nos relata en 1955 cómo introduce la “caja de juguetes” en la sesión con una niña. Inge se presenta nuevamente callada y ensimismada, entonces Melanie Klein la deja sola y va al cuarto de sus hijos, busca una caja y toma algunos juguetes que tenía a mano: autos, pequeñas figuras, algunos ladrillos y un tren. “La niña que no tenía inclinación por el dibujo u otras actividades, se interesó en los juguetes.” (Klein, 1955, p.132).

M. T. Cena (2006) nos dice: “el juego «habla», dice los conflictos del niño, así como el soñar en el adulto es la *vía regia* al inconsciente”.

Winnicott (1971) realiza una diferenciación entre jugar en sesión y el juego espontáneo. Propone una función originaria del juego ligado a la espontaneidad. Propone el jugando en su potencial lúdico, como un ir constituyéndose en el juego.

Freud (1920) describe lo que él considera el primer juego del niño, “el juego del carretel o fort – da”, en el cual el niño reproduce activamente lo sufrido pasivamente, arroja el objeto fuera y se alegra recuperándolo, sin embargo observa que lo arroja con mayor frecuencia de lo que lo recupera. Así, dice Freud, el niño simboliza la ausencia materna, repite lo displacentero con la finalidad de elaborarlo.

No obstante, los que trabajamos con niños graves sabemos que el juego del Fort – da suele ser un lugar de llegada, luego de un intenso trabajo y no un lugar de partida. Es por eso que R. Rodulfo (1989) teoriza acerca de las funciones del jugar, y formula que otros juegos tienen que haberse desplegado para que se constituya la capacidad de Fort – Da, o sea la capacidad de simbolización de la ausencia.

Según Sami-Ali (1976) el juego del Fort-Da marca la ruptura del “*espacio de inclusiones recíprocas*”, dicho espacio es el característico del proceso primario, del narcisismo primario, donde las categorías no se oponen, al modo de funcionamiento del inconsciente. No existe el principio de no-contradicción, sino el de simultaneidad, tampoco la secuencia temporal, continente y contenido se incluyen mutuamente. Con la adquisición del Fort-Da se crea la representación del objeto ausente y se inaugura el modo de funcionamiento del proceso secundario. No todos los niños llegan a la consulta con esta adquisición resuelta y muchas veces el comenzar a jugar a las escondidas, propuesto por el niño, suele ser un indicador de un movimiento interesante en ese trabajo terapéutico.

Dibujar en el espacio terapéutico

M. Rodulfo (1992) realiza un análisis profundo del dibujar en el espacio terapéutico. Compara al dibujo con el sueño y dice que habría que interpretar los dibujos al modo de los sueños. En primera instancia plantea que sueño y dibujo comparten una zona común: la consideración por la figurabilidad.

No se trata de encontrar la simbólica del dibujo, es decir que así como no existe una interpretación única de los sueños, y la interpretación depende fundamentalmente de las asociaciones del soñante, tampoco existen generalizaciones universales acerca del dibujo, y cada gráfico será interpretado en transferencia con las asociaciones que el niño realice de su producción, las mismas pueden ser asociaciones verbales, u otro gráfico, o un juego que se enlace al dibujo.

Sophie Morgenstern fue la primera psicoanalista en teorizar acerca de la introducción del dibujo en el espacio terapéutico y propone pensar en términos de “*narración gráfica*”.

M. Rodulfo (op.cit.) desarrolla el estatuto metapsicológico del dibujar. Espacio y cuerpo se constituyen mutuamente, siendo la hoja de papel el lugar donde el niño reproducirá las vicisitudes más arcaicas del cuerpo en el espacio. La hoja tiene un valor constituyente para el armado de su subjetividad.

El dibujo no sería sólo un medio de expresión de un estado de cosas, sino un modo propio de elaboración simbólica. Se trataría de un dibujar

que dibuja al niño. El niño –cuando puede- trabaja intensamente en su propia constitución, con los materiales que recibe, que se le ofrecen y también con los que encuentra o inventa.

R. Rodulfo (1999) define el plano gráfico como un espacio proyectivo del cuerpo propio. El niño pasa de habitar el cuerpo materno, a habitar el propio, para luego poder proyectarse en el espacio exterior. El trazo traza su propia subjetividad.

El niño dibuja y en ese gráfico puede representar su cuerpo y la historia libidinal, historia de encuentros y desencuentros con el Otro. Observando cómo el niño organiza el espacio gráfico tendremos una aproximación a cómo organiza su espacio psíquico.

Es fundamental observar los detalles, las omisiones, las tachaduras, aquello que entra en contradicción con el relato o con la historia del niño.

Tosquelles, discípulo de Doltó, realiza un análisis de las diferentes etapas del dibujo. La primera modalidad representacional la denomina “**cuerpo magma**”, allí encontramos una proliferación de círculos y trazos indiferenciados que encarnan, según el autor, una sucesión de vacíos y llenos, experiencias sensoriales en el contacto con la madre. En ese momento no existe una diferenciación entre el cuerpo materno y el del niño, entre yo –no-yo, la experiencia vincular debería propiciar la unificación subjetiva. Una imagen que podría representar esta etapa es la Banda de Moebius.

Luego, comienza el armado intrapsíquico de la **representación tubular** del cuerpo con la conjunción de las zonas erógenas oral y anal, cuerpo digestivo, que va a dar lugar a la construcción de una interioridad, un continente que alberga contenidos. A partir de aquí el niño está en condiciones de fantasmaticar objetos. Objetos buenos que se internalizan, objetos malos que se expulsan, contribuyen al armado de la diferenciación yo –no-yo. (Donzino, 2006)

Los dibujos en el proceso diagnóstico nos permitirán entender algunos de los trabajos psíquicos que este niño está realizando, cómo está organizando su psiquismo.

Algunos tests proyectivos gráficos como el Dibujo Libre, la Familia Kinética o prospectiva, el HTP (casa, árbol, persona), el Test de Persona bajo la lluvia (en caso de sospecha de abuso), el Test de persona aprendiendo

(creado por Alicia Fernández) u otros, pueden otorgar elementos muy valiosos según lo que se esté tratando de indagar. El dibujo de la familia kinética posibilita entender el posicionamiento del niño en la estructura familiar, sus vínculos intersubjetivos, cómo representa a los padres, cuáles son los conflictos imperantes, cuál es el lugar en el cual él se proyecta.

Los gráficos siempre se leen desde las asociaciones del niño y las asociaciones del terapeuta con respecto a lo que conoce de la historia familiar.

LA CAJA DE PANDORA²

Los niños que me preocupan especialmente son aquellos que parecen “inaccesibles”, sobre todo porque esta impenetrabilidad, muchas veces, está demarcada por ciertas limitaciones del lado del terapeuta, limitaciones que ocasionan que no pueda escuchar de qué se trata el sufrimiento de ese niño, quizás porque el mismo no lo expresa del modo que el terapeuta espera, quizás porque el profesional no está preparado para encontrarse con esa problemática. Allí es donde las etiquetas diagnósticas muchas veces cumplen el rol de aligerar la angustia del profesional por no saber qué le ocurre a este niño otorgando respuestas rápidas y superficiales a lo que está sucediendo.

Emiliano es un niño de 5 años, tiene una hermana mayor y un hermano menor, sus padres son bolivianos, viven en Buenos Aires.

La docente de Preescolar se encuentra con un alumno que no atiende a lo que ella propone, no se expresa de ninguna manera en el ámbito escolar, no se relaciona con sus pares y según supone, a partir de sus escasas producciones, no comprende las consignas. En función de lo enumerado le solicita a la psicopedagoga de la institución que observe al niño, quien lo deriva inmediatamente al Hospital de Niños de la Ciudad de Buenos Aires. Allí lo recibe un neuropediatra, quien lo deriva a la genetista, quien lo deriva al equipo de psicopedagogía del Hospital con una nota críptica (¿diagnóstico?) que dice:

RM - ¿TDA? Solicitud de tratamiento psicopedagógico.

La psicopedagoga de la escuela requiere que le proporcionen estrategias para abordar al niño. La docente dice que el problema es que los padres son bolivianos. La madre está preocupada porque su hijo no habla.

La primera entrevista para iniciar un diagnóstico psicopedagógico la realizan dos psicopedagogas con la madre y el niño conjuntamente. La madre cuenta que el niño habla poco, pide todavía el pañal para hacer caca, es muy vago y débil. Con respecto a la historia del pequeño relata que a los dos meses se enferma de tuberculosis, a los seis meses no se podía mantener sentado y recién comienza a caminar al año y medio. El padre era (¿era?) alcohólico y muy de vez en cuando, supuestamente sólo cuando “era necesario”, les pegaba a los hijos. Emiliano emite un sonido por primera vez en la entrevista y dice claro y fuerte: “*chicote*”.

Mientras su madre habla, Emiliano realiza un dibujo de un niño y la figura que plasma, llamativamente, es bastante completa. A medida que la madre va describiendo las dificultades de su hijo, el pequeño va tachando el dibujo, finalmente lo que queda como producto es un gran mamarracho que contrasta con la primera parte de su producción.

En la primera entrevista a solas con el niño, las terapeutas despliegan una variedad de juguetes que el pequeño ni siquiera registra. Toma una hoja y los lápices, se dibuja a sí mismo y escribe tres letras de su nombre. Habla con esfuerzo y angustia y dice: “*Mi papá siempre me da con el chicote, cuando no le presto... Estuve enfermo en mi cama, hubo una tos en mi garganta. El año pasado soñé feo: Dormí con papi, mami durmió con mi hermanito y mi hermana sola. Se fueron todos a otra casa. Soñé con el cucu. Me levanté y yo estaba todo encendido. Me fui a la escuela. Todos quieren a mi hermanito*”. Mientras dibuja se canta una especie de canción de cuna.

Las psicopedagogas administran una importante cantidad de test (WISC IV, Bender, Figura compleja de Rey, etc.) para constatar el supuesto diagnóstico de la genetista de “RM”, sin saber por otra parte si se refería a un Retraso Mental o Madurativo. Asimismo, tratan de despejar el aparente diagnóstico de TDA (Trastorno por Déficit de Atención).

Me gustaría dejar en claro que algunos test pueden ser herramientas útiles para indagar diferentes aspectos cognitivos y/o proyectivos, si son

utilizados con criterio clínico y no como recursos fijos que, con frecuencia, sólo están al servicio de completar infinitas planillas.

En el caso de Emiliano, contrarrestando sus producciones escolares, en el consultorio todas las pruebas arrojan valores normales o superiores.

Lo que más llama la atención de las terapeutas es que se trata de un niño de 5 años que NO JUEGA.

¿Cuáles son las condiciones para que un niño pueda jugar en el transcurso de la infancia?

Para Winnicott (1971) el juego tiene una función estructurante de la subjetividad, ubica el jugar dentro de los fenómenos transicionales:

La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente, de un estado en el que no puede jugar a uno en el que le es posible hacerlo. (p.61)

El jugar constituye lo infantil de la infancia (Levin, s/f), entonces ¿qué sucede cuando un niño no puede construir el jugar? Desde esta perspectiva, no se trata simplemente de una actividad lúdica que no se despliega. Cuando un niño no puede jugar tiene dificultado el acceso a lo simbólico, por lo tanto tiene obstaculizadas sus posibilidades de constituirse como sujeto, ya que el jugar es una actividad esencial en la infancia que hace posible que las coordenadas de subjetivación se desplieguen. Es decir, los niños construyen el jugar y mientras juegan se constituyen como sujetos. Sin embargo, esta actividad sólo podrá engendrarse en tanto y en cuanto exista un Otro en disposición libidinal que la habilite, que posibilite su producción, que realice su propia apuesta subjetivante sobre ese cachorro humano.

En este caso, las terapeutas se encontraban por primera vez con este niño de 5 años ofreciéndole juguetes, sin embargo Emiliano no podía jugar, tal vez porque estaba muy ocupado desplegando cuestiones mucho más primarias y angustiantes, sobre las cuales no tenía habilitadas las posibilidades de metaforización. No obstante, cuando se encontró con profesionales dispuestas a dejar de lado sus presupuestos que muchas veces operan defensivamente, y a escuchar al niño, éste pudo desplegar su

padecimiento. En la supervisión las terapeutas expresaron: “*era muy angustiante dejar que el niño hable, era como abrir la Caja de Pandora*”.

Seguramente, desde la perspectiva profesional, hubiese sido mucho más sencillo y tranquilizador aplicarle infinitas pruebas y cuestionarios, y así quedarse a salvo de aquello oscuro y difuso que se presentaba. Quiero decir, con frecuencia los docentes y los profesionales de la salud se encuentran con situaciones de niños que no responden a las pautas madurativas esperables para su edad, que se presentan como desatentos y no hay duda que esto es un signo de que algo no está bien. Ni más, ni menos que eso, pero para entender qué le ocurre y por qué, habrá que despejar los prejuicios (el de la maestra que consideraba que el problema era que los padres eran bolivianos, el de la genetista que sólo podía pensar en un problema genético, el de la neuróloga que suponía que la cuestión era el TDA e incluso el de las psicopedagogas que consideraban que tenían que responder a las múltiples demandas de los otros profesionales) y adentrarse en la historia, en este caso por ejemplo, en una historia de abusos y maltratos que el niño, con su aparente abulia, desatención y desinterés, dejaba encubierta.

El discurso infantil no sólo se dirige al otro sino que necesita del otro para realizarse, para que algo de real acontezca, para que de ese modo los encadenados representacionales que sostienen las diversas fantasmaticiones, adquieran el perfil simbólico del mensaje. (Casas de Pereda, 1999)

UN TRABAJO HACIA...

Se podría considerar el espacio clínico como un lugar donde habitan los gerundios: jugando – esperando – provocando – inventando. El gerundio, refiere el diccionario, denota una acción o un estado durativo. En este caso las acciones son siempre entre-varios, un terapeuta en disponibilidad de encontrarse con el sufrimiento de un niño (también el de sus padres y muchas veces el de la escuela) y un niño que desplegará sus padecimientos (que no siempre tiene que ver con lo que los otros enuncian de él) en un tiempo que le es propio.

Winnicott escribe el libro "Playing and reality" (1971) que fue traducido como Realidad y Juego, pero que quizás debería traducirse como Jugando y Realidad, ya que el autor siempre refiere a procesos y no a productos acabados, y allí plantea cómo el jugar construye realidad. En el "Creador literario y el fantaseo" Freud (1908) enuncia que:

La ocupación preferida y más intensa del niño es el juego. Acaso tendríamos derecho a decir: todo niño que juega se comporta como un poeta, pues se crea un mundo propio, o mejor dicho, inserta las cosas de su mundo en un nuevo orden que le agrada. (p.128).

Es decir, que un niño jugando va fundando una realidad, su realidad, que así puede ser simbolizada y metabolizada. Sin embargo, como vimos en el caso de Emiliano, existen muchas situaciones en las que el niño no puede jugar, entonces habrá que indagar por qué y luego crear esas condiciones en el espacio terapéutico.

El analista no sólo se presta como instrumento metafórico para "representar" (imaginarizar) los avatares transferenciales a través de la interpretación y el encuadre, sino que también presta su cuerpo, su gestualidad, en un "quehacer" analítico donde el acto, en su sentido simbólico y real, gana la escena. Despliegue transferencial que reclama la escucha del material, la evocación reiterada para ir enhebrando los sentidos esquivos. (Casas de Pereda, op.cit.)

El espacio clínico será entonces una zona de creación de un espacio potencial de encuentro entre un niño que padece y un terapeuta en disponibilidad de co-construir junto con él, y en la medida de lo posible con sus padres y la escuela, nuevas estrategias de abordaje. Se tratará de trabajos psíquicos que promuevan la apertura de un sistema, que en principio parece cerrado a nuevas preguntas, que permitan realizar una aproximación al padecimiento, con nuevas hipótesis que posibiliten instalar nuevos interrogantes.

Finalizado el proceso diagnóstico es necesario realizar una entrevista con los padres, con el niño, y cuando la escuela requirió el diagnóstico, también con la institución escolar, en la cual el terapeuta esponja - y se esponja - sus hipótesis diagnósticas y proponga caminos a seguir. Pero este nunca debe presentarse como un saber acabado y cerrado, los padres y el niño tienen mucho para decir acerca de su padecer. Se trata de una

praxis que no trata de develar lo ya conocido, sino de construir en ese encuentro un saber nuevo acerca del malestar, que posibilite inventar otros modos de abordarlo.

A veces es preciso que el niño comience un tratamiento psicológico, a veces uno psicopedagógico, quizás sea necesario un trabajo sólo con los padres, o la estrategia propuesta sea el trabajo vincular o familiar. Eventualmente será adecuado solicitar una interconsulta psiquiátrica, neurológica. En ocasiones lo pertinente es trabajar con la escuela para resolver una conflictiva que se ocasiona allí, otras veces es indispensable un cambio de escuela. Quizás la intervención sólo se reduce al proceso psicodiagnóstico. Cada caso nos desafía a pensar la singularidad del uno por uno, sin perder de vista todo el entramado.

Elaboramos verdades parciales, escritas con lápiz, que abren a nuevas reescrituras y que crean diversas estrategias para esa situación que siempre estará en revisión, y a su vez el trabajo que se vaya realizando con el niño, los padres y la institución escolar, generará nuevas condiciones de cambio.

Intervenciones subjetivantes que posibilitan nombrar los afectos, dar cualidad a la excitación intrusiva y el armado de novedosos mundos simbólicos.

En su artículo Construcciones en el análisis, Freud (1937) recuerda que el psicoanalista procede como el arqueólogo que reconstruye las paredes de un edificio de acuerdo con los pedazos de muro que permanecieron en pie, recupera el número y el lugar de las columnas de acuerdo con las cavidades del suelo, o restaura las decoraciones desde simples vestigios. Sin embargo, el psicoanalista de niños, muchas veces, deberá ser arqueólogo y constructor de mundos que no tenían posibilitada su existencia antes de la intervención.

Para finalizar me gustaría revisar una distinción que realiza J. Larrosa (2001) entre "Futuro" y "Porvenir".

El futuro es aquello que se puede anticipar, proyectar, prever, predecir, prescribir, aquello sobre lo cual se puede tener expectativas razonables. Depende en gran medida, de nuestro poder y nuestra voluntad. Es una figura de la continuidad del tiempo y del camino lineal.

El porvenir es una figura de la discontinuidad del tiempo. En tanto y en cuanto el futuro se conquista, el porvenir se abre. El porvenir nombra

la relación con el tiempo de un sujeto activo, pasional, que se constituye desde su ignorancia y finitud.

El pensamiento del quizá involucra quizá el único pensamiento posible del acontecimiento. Y no hay categoría más justa para el porvenir que la del quizá. Tal pensamiento conjuga el acontecimiento, el porvenir y el quizá para abrirse a la venida de lo que viene, es decir, necesariamente, bajo el régimen de un posible cuya posibilidad debe triunfar sobre lo imposible. Pues un posible que sería solamente posible (no imposible), un porvenir seguro y ciertamente posible, de antemano accesible, sería un mal posible, un posible sin porvenir. Sería un programa o una causalidad, un desarrollo, un desplegarse sin acontecimiento. (Derrida, 1998, p.46, citado por Larrosa, p.420)

Propongo pensar la figura del analista como un posibilitador de porvenires potenciales, un sujeto activo (no muerto), que se encuentra con otros sujetos activos (no pacientes): niños y padres, co-construtores de novedosos caminos que quizás habiliten nuevas oportunidades.

NOTAS

1. Esta cuestión tiene un punto límite cuando se trata de situaciones que ponen en peligro la vida psíquica y/o física del niño. Por ejemplo si el niño está siendo abusado, si corre riesgo su vida, son circunstancias en las que habrá que replantearse el secreto profesional.
2. Agradezco al Equipo de Residentes y Concurrentes de Psicopedagogía del Hospital de Niños R. Gutiérrez, por la presentación de este material clínico en el espacio de supervisión.
3. Objeto que se utiliza para castigos corporales.

Bibliografía

- Anzieu, D. (1995). *El pensar. Del Yo-piel al Yo-pensante*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Aulagnier, P. (1984). *El aprendiz de historiador y el maestro-brujo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bleichmar, S. (1988). *Cuestiones acerca de la técnica psicoanalítica con niños y adolescentes*. Conferencia presentada en la 7º Jornada Interna de Psicoanálisis de Niños y Adolescentes, organizada por la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. Disponible en http://www.silviableichmar.com/actualiz_09/CuestionesAcerca.htm, accesible el 6 de enero de 2013.
- Carroll, L. (1872). *Alicia a través del espejo*. Madrid: Alianza (2011).
- Casas de Pereda, M. (1999). *Psicoanálisis con niños: tarea en construcción*. *Revista uruguaya de psicoanálisis* (En línea) (90) Accesible el 9/3/2013, disponible en <http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719999003.pdf>.
- Cena, M. (2006). Creatividad y juego. *Cuestiones de infancia*, 10, 72-80. Ed. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). Accesible el 10/3/2013, disponible en http://dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/bitstream/123456789/95/1/Creatividad_y_juego.pdf
- Dolto, F. (1984). *La Imagen Inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Donzino, G. (2006). Interpretar dibujos. *Cuestiones de infancia*, 10. Ed. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). Buenos Aires, 15-45.
- Faimberg, H. (1993). "El telescopaje de las generaciones" En: Transmisión de la vida psíquica entre generaciones. Buenos Aires: Amorrortu.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
- Frances, A. (2010). Abriendo la Caja de Pandora. Las 19 peores sugerencias del DSM-V. En Carpintero, E. (comp). *La subjetividad asediada*. Buenos Aires: Ed Topía.
- Freud, S. (1908). Creador literario y el fantaseo. En *Obras Completas*. Tomo IX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920) Más allá del principio del placer. En *Obras Completas*. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1932). *Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. Conferencia 34*. En *Obras Completas*. Tomo XXII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1937). Construcciones en psicoanálisis. En *Obras Completas*. Tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (2000). *La diacronía en psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gutton, Ph. (1973). *El juego de los niños*. Barcelona: Nova Terra.
- Iriart, C. e Iglesias Ríos, L. (2012). *Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de*

La patologización de las diferencias...

- atención e hiperactividad*. Accesible el 10/3/2013. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop5112.pdf>
- Janin, B. (2005). Los padres, el niño y el analista: encuentros y desencuentros. *Cuestiones de infancia*, 9, 15-32. ED. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), Buenos Aires.
- Kaës, R.; Faimberg, H.; Enriquez, M.; Baranes, J.J. (1993). *Trasmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Klein, M.: (1955). *La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado*. En *Obras Completas* (Tomo 3). Buenos Aires: Paidós.
- Larrosa, J. (2001). Dar la palabra. Notas para una dialógica de la transmisión. En E. Barcelona: Ed. Laertes.
- Levin, E. (s/f). Entrevista. Accesible el 20/2/2013 Disponible en <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1142>
- Maffezzoli, M. (2006). El juego posible en la clínica con niños. *Cuestiones de infancia*, 10, 45-56 Ed. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). Buenos Aires.
- Rodulfo, M. (1992). *El niño del dibujo*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodulfo, M. (1999). *Los niños del psicoanálisis y la necesidad de una revisión de su estatuto*. Accesible el 7/3/2013. Disponible en <http://www.oocities.org/hotsprings/villa/3170/RicardoRodulfo.htm>.
- Rodulfo, M. (1989). *El niño y el significante*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodulfo, M. (1999). *Dibujos fuera del papel*. Buenos Aires: Paidós.
- Rojas, M. C. (2005). El trabajo psicoanalítico con padres. *Cuestiones de infancia*, 9, 41-50. Ed. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). Buenos Aires.
- Sami-Ali, M. (1976). *El espacio imaginario*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Sami-Ali, M. (1979). *Cuerpo real, cuerpo imaginario*. Buenos Aires: Paidós.
- Untoiglich, G. (2011). *Versiones actuales del sufrimiento infantil. Una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad*. Buenos Aires: Noveduc.
- Wettengel, L. (2009). Trazando surcos: el trabajo de la parentalidad. En: *Patologías actuales en la infancia*. Buenos Aires: Noveduc.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Gedisa.
- Winnicott, D. (1987). *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires: Paidós.

Capítulo IV

LOS DIAGNÓSTICOS COMO COARTADA EN LA CLÍNICA CON NIÑOS

Gisela Untoiglich

...“en la sociedad exitista, el dolor es empujado a la periferia en provecho de un mediano bienestar”.

S. Kovadloff

En este capítulo quisiera abordar una temática que me preocupa de modo insistente hace ya bastante tiempo y que en los últimos años se ha profundizado como problemática clínica.

Recibimos a diario en los consultorios, tanto públicos como privados, derivaciones que la institución escolar realiza de niños que no se acomodan a lo esperable, no aprenden al ritmo previsto, no prestan atención a lo que los docentes enseñan, tienen una inquietud constante, presentan conductas extrañas, desafiantes, y rápidamente reciben diversos “diagnósticos”. En su gran mayoría predomina el “Trastorno por Déficit de Aten-

ción con o sin Hiperactividad” (TDA-H), también pueden ser clasificados como “Trastorno Opositor Desafiante” (TOD) y, en menor cantidad de casos, como “Trastorno Generalizado del Desarrollo” (TGD) o Bipolares. Suelen indicarse tratamientos de modificación conductual y, con frecuencia, se los acompaña con psicofármacos, a veces la única intervención es la medicación. El objetivo de estos abordajes es acomodar al niño a lo que se espera de él y ofertar a los padres y docentes “*tips*” para que lidien con las conductas indeseables del niño.

Cuando se realizan diagnósticos tomando en cuenta únicamente los comportamientos observables del niño y no se profundiza en cuáles podrían ser las diversas causas que conllevan a que un niño manifieste su malestar a través de esas conductas, entonces se corre el riesgo de transformar la clínica en una serie de procedimientos burocráticos, que dejan a salvo a quienes los ejecutan pero que no abordan los problemas subyacentes que ocasionan dicho sufrimiento.

Quisiera referirme especialmente a esos niños y niñas que transitan por las escuelas y por los diversos consultorios, que fueron evaluados clínicamente y recibieron diagnósticos de TDA-H, TOD, TGD o Bipolares y que, en realidad, están siendo sometidos a situaciones de abusos y/o violencias, generalmente intrafamiliar, que no son detectadas por los profesionales que están en contacto con los pequeños.

Asimismo, existe una gran cantidad de profesionales de la salud y la educación con excelentes intenciones pero que no tienen una formación específica en cuestiones ligadas a violencias y abusos, lo cual, por otra parte, es lógico de esperar ya que esos expertos nunca serían consultados por adultos abusadores. Aquí nos encontramos con un déficit grave en la formación de la mayoría de los profesionales que trabajan con niños, ya que la temática del abuso y la violencia no es abordada en profundidad en la formación de grado, ni en el campo de la salud, ni en el de la educación. Por lo tanto, será muy difícil detectar esos pequeños indicadores que dan cuenta de la situación de gravedad a la que el niño está sometido.

Para poner a trabajar este serio problema clínico presentaré el caso de una niña de 4 años que fue derivada por el jardín de infantes a un neurólogo por presentar una permanente inquietud y desatención.

El neurólogo realiza exámenes que arrojan resultados normales y diagnóstica Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad proponiendo luego medicarla. Como la madre se niega a darle la medicación, el profesional la deriva a un tratamiento de Psicomotricidad¹.

ALICIA EN EL PAÍS DE LAS PESADILLAS

A la entrevista inicial concurre sólo la madre, quien relata que Alicia es adoptada en los primeros meses de vida, también cuenta que acaban de migrar a esa ciudad y que no tienen ni familia, ni amigos cercanos, con lo cual ella, su marido y su hija se encuentran muy solos. La preocupan los señalamientos que le han hecho en el jardín acerca de su hija ya que considera que el informe realizado no coincide con lo que ella observa de la niña. En dicho informe se menciona el miedo intenso a los ruidos, la dispersión, la desconexión por momentos, la imposibilidad de permanecer por un corto tiempo en la ronda, la inhibición con los adultos, la necesidad de la presencia permanente del docente para que pueda llevar adelante las consignas de trabajo y la extrema dificultad para relacionarse con otros niños del establecimiento. La madre comenta que la niña tiene pesadillas recurrentes y que lo que fundamentalmente la preocupa es el rendimiento de Alicia en el jardín, ya que, debido a su dispersión, la pequeña no completaba el cuaderno de aprestamiento de la sala de 4 años y temía que se atrasara en su rendimiento académico.

En las primeras entrevistas de Terapia Psicomotriz se observó la dificultad de la niña en desarrollar un juego espontáneo. Su actividad era, básicamente, sensorio-motora, se arrojaba a las colchonetas, tocaba todos los materiales, se tiraba sobre los cubos, rolaba, corría, sin poder armar un juego específico. Asimismo, manifestaba una imposibilidad de relatar sucesos acontecidos, respondiendo “*no sé, no me acuerdo*” ante cada pregunta de la terapeuta. Sus juegos eran repetitivos, había una imposibilidad de jugar creativamente, preguntaba repetidas veces “*¿y ahora qué hacemos?*”.

Provocaba juegos de persecución, pero cuando la terapeuta se aproximaba a ella interrumpía abruptamente el juego exclamando: *¡No, no, no!*

Era significativa su dificultad para jugar al como si..., en esos momentos el miedo la invadía, el miedo era un real que se precipitaba, con el cual no se podía hacer nada, todo se paralizaba. Sin embargo, era muy llamativo que este "juego" fuera planteado por ella en todas las sesiones en el momento en que la terapeuta le informaba que faltaban cinco minutos para finalizar el encuentro. Le costaba mucho concluir la sesión, comenzaba a correr por todo el salón y aparecía una extraña mirada hacia los costados, se acurrucaba en un rincón y, si la terapeuta trataba de tomarla en brazos, se desplomaba haciendo muy difícil la finalización de la sesión. En algunas ocasiones la madre ingresaba a la sala para llevarse a la niña y su presencia parecía organizarla un poco más.

OBSERVACIÓN DE ALICIA EN EL JARDÍN DE INFANTES

La terapeuta se contacta con la institución escolar y solicita realizar una observación de la niña en la institución. Encuentra una niña muy diferente a la que se presentaba en las sesiones de psicomotricidad. Aparecía una niña desatenta, que deambulaba por la sala mientras sus compañeros realizaban otra actividad, por momentos desconectada de lo que ocurría a su alrededor, con una mirada huidiza hacia el costado. En otros momentos afloraba una fuerte inhibición cuando la docente se le acercaba y un gran retraimiento en la comunicación con sus pares. No utilizaba la comunicación verbal ni con los adultos ni con los pares.

La docente de la sala expresó su preocupación ante estas conductas, añadiendo que además aparecían situaciones de masturbación compulsiva y, durante el juego libre, una gran desconexión. Relatan como episodio significativo que, durante un campamento, ante la llegada de un adulto desconocido por ella, se quitó su ropa interior y comenzó a masturbarse. Luego la maestra tuvo que dormir a su lado ya que tenía constantes pesadillas y un miedo aterrador a que se acercara un hombre. Llamaban la atención los cambios en su comportamiento ante la presencia de su madre: con el ingreso de la misma al establecimiento Alicia comenzaba a hablar claramente, se reía, se movía con soltura, se comunicaba verbalmente con sus docentes.

EL TRABAJO TERAPÉUTICO

A lo largo del tratamiento psicomotor los padres concurrían a las entrevistas, respondían a las sugerencias que se les iba realizando en cuanto a las pautas de crianza y se mostraban colaboradores e interesados en ayudar a la niña a mejorar su conducta. Parecían muy preocupados por su futuro, por tomar las decisiones correctas en cuanto a su escolaridad, actividades extraescolares que la favorecieran, así como manifestaban preocupación en cómo abordar la temática de la adopción.

En las sesiones psicomotoras Alicia repetía más o menos siempre las mismas secuencias: exploración del material sin armado de juego, sus corridas al final de cada sesión, que concluían en una explosión corporal y luego un desplome, la mirada persecutoria y el gesto aterrador hacia los costados. Asimismo, como ya se mencionó, era muy llamativa su imposibilidad para relacionarse con otros y su cambio de actitud ante la presencia de su madre.

La terapeuta decide realizar una supervisión clínica en la cual esos pequeños elementos mencionados se van tejiendo de otro modo y se comienzan a construir otras hipótesis diagnósticas. Si bien la inquietud constante y la dificultad para ligar lo somático a lo psíquico eran prevalentes, quedaba claro que estas no eran las causas de lo que le acontecía a la niña, sino un modo de manifestar su dolor. Tampoco la situación de la adopción o la migración reciente alcanzaban para explicar lo que se observaba. Se resuelve proponer una interconsulta con psicología, que en principio los padres aceptan, pero que van posponiendo y finalmente no llevan a cabo.

A partir de que la terapeuta comienza a pensar a la niña desde otro lugar clínico, paulatinamente, se van produciendo algunos cambios en el trabajo con Alicia. Empieza a armar un juego simbólico con muñecos, con títeres, recuerda hechos, relata situaciones vividas en el jardín o en la casa, conecta lo vivenciado con la palabra, liga, desde la perspectiva psicomotora, lo somático y lo psíquico.

DOS SESIONES

Recortaré dos sesiones del tratamiento para luego analizar lo sucedido.

Sesión 1

Al inicio del encuentro, la terapeuta le pregunta a la niña cómo se sentía ya que la semana anterior había estado con mucho dolor estomacal. Alicia responde que se encontraba bien y que ya no le dolía la panza.

Terapeuta: ¿Hay otras cosas que a vos te duelan o no te gusten?

Alicia: Sí, cuando mi papá se va al trabajo.

T: ¿Por qué?

A: Porque yo quiero que se quede.

T: ¿Y que hacés con tu papá cuando se queda en tu casa?

A: Jugamos al juego de las cosquillas en el sillón.

T: ¿Dónde te hace cosquillas?

A: Me toca todo el cuerpo y me toca la "cachuchina", me hace cosquillas. A mí no me gusta, me dan ganas de hacer pis. Me duele. Voy al baño y no me sale (lo manifiesta enojada, eleva el tono de voz).

Dicho esto inmediatamente la niña propone: *¡Vamos a jugar!*

Alicia elige una corona y se viste de reina. Toma una muñeca, la acuna, la mira, la lleva a pasear, con movimientos muy suaves, inmersa en el juego. Luego toma a otra muñeca, la terapeuta le pregunta quién es y la niña responde que es la hermanita y las lleva a dormir.

T: Ya es de noche. ¿Dónde está el rey?

A: Está trabajando.

La niña se acuesta en la colchoneta con sus 2 hijas, las tapa, las mira, las acaricia. Es sumamente cuidadosa en los movimientos con las muñecas.

T: Escucho ruidos, me parece que es el rey

Alicia está muy atenta y observa a la terapeuta, acostada. La terapeuta toma un muñeco y dice: *Hola, llegué de trabajar.*

La terapeuta acerca muy cuidadosamente el muñeco a la reina y le da un beso, aproxima el muñeco a las niñas y también las saluda. Luego arrima el rey a la hija y expresa: *Te voy a hacer cosquillas.*

Alicia con un gesto de horror, tapándose los ojos y luego los oídos, dice: *¡No, no le gusta!!* Pone mucho énfasis y se levanta de la colchoneta.

Con la misma intensidad que Alicia, habla la terapeuta y le dice al rey: *¡NO! ¡Dejala!*

Alicia se levanta, empuja el muñeco, lo pateo y grita: *¡Tarado! ¡Salí de acá! ¡No le hagas más eso!*

T: ¿Que le hizo?

A: Le hace cosquillas y le toca la cachuchina.

T: Nadie puede tocarle la cachuchina a la nena.

Alicia le grita al rey: *¡No quiero que estés acá! ¡Voy a llamar la policía!*

La terapeuta representa el rol del policía que va en una patrulla haciendo sonar la sirena y al llegar, Alicia dice: *¡Hay que encerrarlo!*

T: ¿Qué hizo?

A: Lo que hizo es molestar a mi hija. Lo enuncia con tono muy firme y enojada.

La terapeuta lo agarra y lo encierra.

A partir de ese momento Alicia cambia el juego, el tono corporal. Se distiende. Sus movimientos son muy lentos. Está sumamente concentrada en lo que hace. Hay un absoluto silencio y comienza a armar una construcción con bloques de madera que coloca uno encima del otro muy lentamente. Arma una edificación firme sin agujeros, ubica a sus dos hijas en el interior y les coloca un techo. Mira a la terapeuta y dice: *Así nadie las va a molestar.*

Sesión 2

A la semana siguiente, al comenzar la sesión Alicia observa dibujos colgados en la pared y pregunta: *¿Acá vienen a jugar otros chicos?*

T: Acá no vienen solamente a jugar los chicos, acá vienen nenes y nenas que tienen algún problema, que no se sienten bien o que, por algún motivo,

están tristes o los retan en el jardín. Y yo trato de ayudarlos a que se sientan mejor. ¿A vos te pasa algo de esto?

A: Sí, a mí me hace mal cuando mi papá me hace cosquillas, me toca la cachuchina y a mí no me gusta.

T: ¿Y tu mamá dónde está en ese momento?

A: Está cocinando.

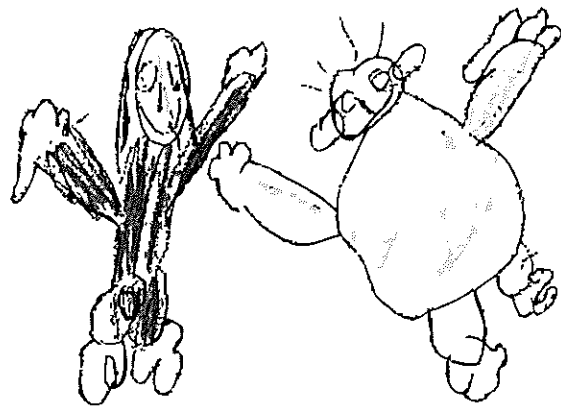
T: ¿Ella te ve?

A: Sí.

T: ¿Y qué dice?

A: Me reta porque yo grito fuerte.

La terapeuta le propone realizar un dibujo de lo que está relatando. Alicia se dibuja a sí misma y a su padre y dice: *Es mi papá haciéndome cosquillas.*



Dibujo 1

T: ¿Dónde te hace las cosquillas?

A: Acá y acá (señala el pecho y la vagina)

Toma un lápiz negro y dibuja la vagina y explica: *Es la "pochochina", la voy a pintar de color piel porque es de color carne como las manos, los pies y la cara.*

Realiza otro dibujo y dice: *Es mi papá y yo, acostados en el sillón.*



Dibujo 2

A raíz de lo ocurrido en estas dos sesiones la psicomotricista decide citar a solas a la madre y contarle lo sucedido en los últimos encuentros. La madre manifiesta desconcierto por lo relatado, dice estar siempre presente en los momentos de juego de Alicia y su padre, y plantea que si en algún momento el padre la tocó, habrá sido sin querer, como parte de ese juego y que de ninguna manera esto podía significar que su marido la estaba toqueteando, que no existía ninguna posibilidad de imaginar nada raro ya que ella conocía bien a su marido y que esto era imposible.

Luego la madre expresa su preocupación por los informes entregados ese año por la escuela y se pregunta muy preocupada qué es lo que le puede estar pasando a su hija, por qué dice esas cosas, por qué tiene tanto miedo a los ruidos, por qué se paraliza frente a situaciones nuevas. Relata una salida que Alicia realizó con el jardín, en la cual la niña se queda paralizada y muy angustiada cuando ve unas máquinas. Más tarde Alicia refirió que se asustó por temor a que hagan ruido.

A partir de todos los acontecimientos relatados se realiza una derivación a psicología, que esta vez es aceptada por la madre. En las entrevistas psicológicas con la niña, la misma narra los acontecimientos de modo muy similar a lo que ya había contado. El colegio manifiesta que observa un cambio

de actitud muy significativo en Alicia, ya no es una niña que presenta un comportamiento extraño sino que a partir de los movimientos que van sucediendo en su tratamiento, esto le brinda la posibilidad de verbalizar también a su maestra lo que le está ocurriendo, y a su vez comienza a tener una actitud más abierta y comunicativa con sus docentes y pares.

En una ocasión la docente la encontró muy decaída y se acercó a Alicia para que le cuente lo que le ocurría, a partir de lo cual la niña manifestó: "*Silvina [psicomotricista] sabe lo que me pasa*".

Luego de la evaluación psicológica, se habla con la institución escolar y se decide realizar una presentación conjunta a la justicia para dar intervención al Juzgado de Menores y efectuar las acciones legales pertinentes.

ENTRELAZAMIENTOS TEÓRICO – CLÍNICOS DEVENIRES EN LA CONSTITUCIÓN SUBJETIVA

La cría humana necesita fundamentalmente de los intercambios con los otros, del sostén del Otro para su supervivencia física y para su armado psíquico. Hoy sabemos que cerebro, psiquismo y subjetividad se constituyen de forma entrelazada, en una relación dialéctica entre subjetividad, cuerpo biológico, los otros significativos, el grupo social en el que habita y la época histórica en la que transcurre.

El sostén del adulto es condición para la subsistencia. El bebé nace en estado de prematuración y desamparo, y necesita de cuidados físicos, alimentación, descanso, pero sobre todo de intercambios amorosos que den cuenta de los afectos y los deseos que transformen ese organismo en un cuerpo subjetivado, libidinizado. Todo esto deberá estar regulado por la prohibición del incesto que no sólo refiere a que el niño no se acueste con su madre, ni la niña con el padre, sino que, fundamentalmente, debe remitir a que el adulto no abuse ni física, ni psíquicamente del pequeño ser que tendría que ser cuidado.

Interdicción, contención, afecto, cuidado y confianza serán entonces los ejes centrales del encuentro entre un pequeño en proceso de constitución y un adulto a cargo de su crianza.

Winnicott (1971) nos propone pensar en una madre "*good enough*" – traducido por algunos como "apenas buena" – que genere las condiciones de ilusión para que el bebé suponga que crea la realidad que a su vez lo constituye. Erikson, a su vez, formula que la "confianza básica" que se construye en los primeros tiempos será fundante de los sentimientos de seguridad necesarios para el armado subjetivo.

Cuando el ambiente falla en la oferta de sostén (*holding*) emocional y físico y en el cuidado, se favorece el desmembramiento del yo (Winnicott, 1965), lo cual ocasiona que el niño se vea invadido por una angustia extrema, de la que muchas veces se defiende recurriendo a la desintegración. Es decir, produce activamente un estado de caos para luchar contra aquello insoportable que lo invade.

Winnicott (1958) afirma que, como resultado del fracaso del *holding*, pueden presentarse tres tipos de angustia que se manifiestan como: la no integración, que se transforma en un sentimiento de desintegración; el déficit de integración psique-soma; la construcción de una cáscara envolvente que genera un falso *self* (Winnicott, 1965).

Si el *holding* fracasa, la continuidad existencial se ve amenazada y el infante vive acchado por angustias primitivas que dejan marcas traumáticas en el psiquismo en constitución, así como en el armado de las redes neuronales.

La organización de defensas primarias puede generar una escisión que mantiene sitiado al trauma, dejando huellas en el aparato psíquico que son inaccesibles por medio del recuerdo o la palabra, siendo constante la potencialidad de reactualización. Esto acontece, principalmente, cuando las experiencias traumáticas continúan sostenidamente en el tiempo.

Winnicott (1958) formula el concepto de "*angustia inconcebible*" para referirse a ansiedades muy primarias a las que haya sido expuesto el bebé en ausencia de este *holding* básico. Las mismas pueden manifestarse como vivencias subjetivas de fragmentación, desintegración, confusión, caída interminable, falta de relación con el cuerpo, falta de orientación en el espacio. Asimismo, puede aparecer un "*temor al derrumbe*" que acecha al yo permanentemente.

¿Qué sucede cuando los adultos en los que el niño debería confiar no cumplen con los prerequisites básicos?

Alicia se encontró primero con el rechazo de las personas que la engendraron³, luego con la traición de los adultos que se comprometieron a su cuidado y más tarde, con un profesional que la evaluó por sus conductas observables y que la única propuesta que tenía para realizar era medicarla, lo cual sólo reduplicaba la violencia vivida.

Cuando Alicia comenzó el jardín de infantes, se presentó ante los ojos de todos como una niña rara, no se vinculaba con los otros niños, no confiaba en los adultos, no jugaba, deambulaba sin ton ni son. Niña “loca”, desatada.

Este desanudamiento entre lo Real, lo Simbólico y lo Imaginario estaba provocado por el arrasamiento subjetivo al que era sometida en la situación de abuso vivida.

¿Cómo sobrevivir y defenderse en semejante contexto? Por una parte, cierta desconexión con la realidad que era leída como desatención, por otra, este deambular que era interpretado como inquietud. Sin embargo, podríamos pensar el desarrollo de estas manifestaciones en el espacio escolar como un recurso defensivo de la niña, un salvoconducto que podía permitir que alguien comenzara a observar e interrogarse por estas conductas extrañas.

Cuando los malestares de un niño se despliegan en el escenario escolar, se garantizan ciertos niveles de visibilidad e intervención de adultos extra-familiares, ya que los “síntomas” que se manifiestan en la institución escolar toman un estado público que, si son interpretados en la dimensión subjetiva correspondiente, pueden posibilitar intervenciones que modifiquen el curso de esa historia.

Alicia manifestaba dos conductas significativas en la escuela: se masturbaba compulsivamente y no jugaba. Ambas cuestiones nos llevan a interrogarnos sobre el modo en que esta niña está construyendo su subjetividad.

Si bien la masturbación infantil es una actividad exploratoria común en la infancia, también es esperable la construcción de las diferencias entre el ámbito público y el privado. Esto está posibilitado por un adulto que establece esas distinciones, habilitando la construcción de los diques como el asco, la vergüenza y el pudor, en un marco donde la represión psíquica

funciona desde el lado adulto, lo cual va posibilitando la constitución de la misma desde el lado del niño. Asimismo, es significativo que una niña se masturbe como actividad preponderante, en un espacio de juego y socialización como es el Jardín de Infantes.

Como ya se mencionó en el caso de Emiliano, en el capítulo anterior, existen ciertas condiciones para que un niño pueda construir su escena lúdica.

JUGAR, REPETIR Y ELABORAR

En 1914 Freud escribe el artículo “*Recordar, repetir y reelaborar*” donde enuncia algunas indicaciones muy importantes para el trabajo terapéutico con adultos. Pondré en correlación algunos pasajes de ese artículo con el material clínico de Alicia y realizaré algunas reinterpretaciones del texto en función del trabajo clínico con niños.

Freud propone que, con frecuencia, el olvido de impresiones, escenas y vivencias, se debe a un «*bloqueo*» de ellas. En el caso de Alicia observamos que ese bloqueo se relaciona con la imposibilidad de elaborar las situaciones vividas. Prosigue Freud planteando que, a partir del trabajo terapéutico, se “*recuerda*” lo que en realidad nunca pudo ser olvidado, ya que nunca fue consciente. Lo que sucedió con la niña fue que, al no haber habido un adulto confiable que donara los elementos para la ligazón simbólica de las vivencias y pusiera coto al abuso, resultó imposible que realizara una tramitación de lo vivenciado. Cuando la terapeuta se presentó como un adulto confiable, capaz de dimensionar el drama que estaba aconteciendo, entonces se habilitaron las coordenadas para poder iniciar el camino de la subjetivación, construir el jugar y encontrar los significantes para nombrar lo siniestro.

Continuando con el texto freudiano, nos encontramos con que:

Para un tipo particular de importantísimas vivencias, sobrevenidas en épocas muy tempranas de la infancia y que en su tiempo no fueron entendidas, pero han hallado inteligencia e interpretación con efecto retardado {*nachträglich*}, la mayoría de las veces es imposible despertar un recuerdo. Se llega a tomar noticia de ellas a través de sueños (Op. Cit., p.151).

En este caso el “recuerdo” sólo pudo aparecer a partir de que la terapeuta se introdujo en el trabajo y habilitó esa posibilidad a través del Jugar. En la infancia, la vía de acceso privilegiada a las manifestaciones inconscientes no suele ser el relato de los sueños o los actos fallidos, sino el Jugar y el Dibujar.

En el caso de Alicia, a partir del cambio de posicionamiento de la terapeuta, se hizo posible un jugar en el cual se introdujeron elementos simbólicos que permitieron la construcción de la escena, que viabilizaron el despliegue de los elementos traumáticos y que, a su vez, proveyeron herramientas para comprender lo que estaba aconteciendo. Esto fue habilitado a partir de la escena lúdica y del compromiso activo de la terapeuta con la niña. Es entonces cuando surgieron reyes y princesas que plantearon el conflicto, y policías que acudieron en ayuda, construyendo el guión de la escena lúdica que nunca puede estar preestablecido y que se conforma con las vivencias desplegadas en el vínculo transferencial. Dibujos que posibilitaron ciertas ligazones de lo traumático.

Freud continúa diciendo: “el analizado no *recuerda*, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo *actúa*. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo *repite*, sin saber, desde luego, que lo hace” (Op. cit., p.152). En el trabajo con niños observamos, a menudo, cómo las acciones se repiten una y otra vez. En 1920 Freud retoma la cuestión de “*la compulsión a la repetición*” señalando que la repetición provoca displacer al yo, pero devuelve vivencias pasadas – en este caso pasadas y presentes lo cual complejiza aún más la cuestión - que necesitan ser elaboradas.

Alicia deambulaba por el consultorio, y armaba una rutina que se reanudaba incesantemente. Algo allí buscaba ser escuchado, enlazado.

Winnicott (1971) plantea que el trabajo terapéutico consiste en hacer posible el juego allí donde no lo era, es decir, restituir al paciente su “*capacidad de jugar*”. Con frecuencia, en situaciones de gravedad como la presentada, no se trata de restituir, sino de instaurar una capacidad que antes no existía y que sólo puede armarse en el encuentro con un profesional en disponibilidad de dimensionar y operar con aquello que está sucediendo.

Retomando el texto “Recordar, repetir, reelaborar”, Freud señala la relación entre transferencia y repetición: se repite en transferencia aquello

que no ha podido ser tramitado. Alicia hizo sentir a la terapeuta el caos que ella experimentaba, pero en cuanto la terapeuta pudo armar sus hipótesis acerca del origen de aquel caos, percatándose de que no tenía relación con ningún déficit neurológico, ni con la adopción, ni con la migración, entonces la niña pudo comenzar a organizarse, organizar su mundo interno, su juego, en definitiva armar su subjetividad.

Más adelante, en el texto, se alude a la participación de las resistencias del paciente y se advierte que “*mientras mayor sea esta, tanto más será sustituido el recordar por el actuar*” (p.153). Quisiera mencionar aquí que en numerosas ocasiones los terapeutas ubican del lado del paciente resistencias que, en realidad, son obstáculos que crea el profesional, al no poder entender lo que está aconteciendo. Esto ocurre, con frecuencia, en los casos de abusos que suceden en familias pertenecientes a clases medias y altas, con apariencia de familias “bien constituidas”. En ese sentido, muchas veces, los diagnósticos armados sobre la base de las conductas observables pueden funcionar como resistencias del terapeuta a entender aquello que está sucediendo y empujan al paciente a seguir actuando un malestar que no termina de ser alojado.

Cuando el profesional vence sus propias resistencias y puede conectarse con el dolor del paciente adentrándose en los motivos de este padecer, entonces está abierto el camino a la elaboración. En la infancia, con frecuencia, no se trata de reelaborar, sino de elaborar aquello que no tuvo espacio psíquico antes de la intervención terapéutica. El “juego del Rey” habilita, en Alicia, la elaboración de lo traumático. Se construyen, en el espacio terapéutico, las coordenadas para armar una historia, proveyendo los significantes que nombren los afectos y den sentido a eso que era pura invasión de displacer.

MIEDO, TERROR, ANGUSTIA

En su primer trabajo sobre la neurosis de angustia, Freud (1895) plantea que la psique cae en el afecto de la angustia cuando se siente incapaz de tramitar un peligro que se avecina desde afuera.

En el texto "*Más allá del principio del placer*" (1920) Freud realiza una distinción entre terror, miedo y angustia, en cuanto a su relación con el peligro.

La angustia designa cierto estado como de expectativa frente al peligro y preparación para él, aunque se trate de un peligro desconocido; el miedo requiere un objeto determinado. En presencia del cual uno lo siente; en cambio, se llama terror al estado en que se cae cuando se corre un peligro sin estar preparado: destaca el factor de la sorpresa (Freud, 1920, pp. 12-13).

Alicia oscilaba entre el miedo, la angustia y el terror. Miedo a ese "padre" al cual ella quería, con el que deseaba estar pero que a su vez le provocaba un profundo dolor; terror porque la niña percibía el peligro, pero se hallaba absolutamente sola ante esta situación, sin ningún adulto que, hasta ese momento, pudiera dimensionar lo que estaba sucediendo, ni otorgarle los elementos para defenderse de semejante arrasamiento; y angustia debido a que no sabía en qué adulto confiar, ni de dónde podía provenir el ataque. Cuando, a tan corta edad, las figuras de crianza no garantizan el cuidado físico y psíquico y no sólo eso, sino que arrasan subjetivamente al niño, será muy difícil construir las coordenadas, armar subjetividad y transitar por el mundo.

Alicia se veía invadida por lo que Freud (1926) denominaba "*angustia automática*", cuyo factor determinante es una situación traumática. Estas situaciones traumáticas, que implicaban una invasión de excitación cotidiana sobre un sujeto sin capacidad de tramitarla, ni defenderse y, a su vez, ejercida por aquella persona que debiera cuidar y proteger dejaban a la niña en un estado de desvalimiento absoluto.

El sufrimiento ante la invasión de lo mortífero, de lo desligado, del ataque, se manifestaba a través de la acción, una acción aparentemente loca, desarticulada pero insistente, repetitiva que llamaba a la interpretación de quien estuviera en condiciones de escuchar.

ABUSO: CUESTIONES PSÍQUICAS, LEGALES Y ÉTICAS

El abuso sexual sobre los niños no es nuevo, sin embargo, por cuestiones culturales y sociales ha estado oculto e incluso apañado por quienes detentan el poder.

Recién en el año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo menciona como una de las principales dificultades de nuestra época, planteándolo como un problema de salud pública a escala mundial, subrayando, principalmente, la violencia familiar.

Los estudios que se realizan suelen basarse en investigaciones sobre población adulta que declara haber sufrido abusos en la infancia. En Estados Unidos e Inglaterra han referido situaciones de abuso 27% de mujeres y 16% de varones investigados. En el 90% de los casos los agresores son conocidos por la víctima, en el 65% son familiares, sólo en un 10% son personas desconocidas (Pernia, s/f).

Se puede definir el abuso como una situación donde un adulto ejerce, a través del poder, alguna forma de acto conductual o psicológico que vulnera la sexualidad del niño. Álvarez (1994) lo puntualiza como "toda interacción sexualizada entre un adulto y un niño... pueden ir desde gestos o verbalizaciones con intención sexual, hasta relaciones sexuales con penetración vaginal o anal" (p. 307).

Ferenczi (1984) señaló el abuso sexual infantil como una situación bastante más común de lo aceptada, capaz de suceder en las mejores familias y que provoca efectos devastadores en quienes lo sufren. Expuso los mecanismos adaptativos utilizados por el niño para convivir con las situaciones abusivas y subrayó el pacto de silencio impuesto por el abusador.

En la situación de abuso intrafamiliar el niño queda privado de su historia, se rompe la cadena generacional que garantiza el cuidado, y el niño queda aislado, con muchas dificultades para subjetivarse.

C. Bolas (1993) plantea, desde su lectura clínica, que lo traumático del incesto es que genera una inversión tópica de lo simbólico a lo somático ocasionando un daño corporal y psíquico.

En el abuso nos encontramos con una situación de sobre-estimulación de las zonas erógenas, en un yo que no tiene ninguna capacidad de tra-

mitación de las vivencias y que, por tanto, dejan al pequeño expuesto en un vínculo familiar que se caracteriza por la negación y la desprotección.

Freud establece que el trauma se debe a una sobrecarga de estímulos externos e internos sin posibilidad de ligadura. M. Khan (1987) plantea que el “*trauma acumulativo*” se va conformando a partir de experiencias reiteradas de abandono, que determinan la ruptura de los vínculos de confianza. Ferenczi expone que los mecanismos de defensa primarios a los que se recurre en estas experiencias son: la negación, la idealización, la identificación proyectiva y la escisión.

Los elementos centrales del abuso intrafamiliar son la coerción, el secreto, el silencio y la complicidad o la indiferencia de los otros miembros de la familia. Por lo tanto, estaríamos ante la presencia de un “*grupo familiar abusivo*” (Kuitca, Berezin, Felberg, 2011), ya que no es sólo el que perpetra el acto, sino que también se añaden los otros adultos pertenecientes a la familia que no accionan para detener y denunciar a quien lo realiza.

Otra cuestión es que el abuso sufrido a tan corta edad genera situaciones de ambivalencia en el niño, quien por una parte ama a sus padres y sabe que depende de ellos, y por otra parte no tiene clara noción para poder entender y poner palabras a lo que está aconteciendo, si bien, tal como observamos en Alicia, cuando un adulto le da lugar, reconoce y puede nombrar su sufrimiento.

Desde los aspectos legales, aún hoy persiste cierta idea generalizada, por los designios patriarcales que todavía subsisten en nuestra sociedad, acerca de que cuando un niño relata una situación de abuso, en realidad ésta es producto de su fantasía o de la manipulación de ciertos adultos, (especialmente las madres para atacar a los padres⁴), ejercida sobre la cabeza de los menores. Lo cierto es que los relatos que no son fidedignos son menos de un 10% y, de esa cifra, la mitad refiere datos falsos del abusador pero no del abuso, por lo tanto el 95% de los relatos de abuso infantil son veraces (Rubins, s/f).

En la Constitución de la Nación Argentina se encuentra incorporada la “*Convención de los derechos del niño*” que, en su artículo 34, exhorta a los diferentes países a impedir “la incitación o coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal, la explotación del niño en la

prostitución u otras prácticas sexuales ilegales y la explotación del niño en espectáculos y materiales pornográficos”, y en su art. 19 expresa que “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”.

La Convención instituyó que los niños son sujetos de derecho, esto habilitó al reconocimiento de la serie de abusos ejercidos por innumerables adultos aprovechando la dependencia infantil y su imposibilidad de defensa. Dicha *Convención por los Derechos del Niño, la Niña y la Adolescencia* pretenden reducir el espacio de poder y de abusos (de índole sexual, laboral, familiar y otros) que los adultos ejercen respecto de niños, niñas y adolescentes (Giberti, 2003).

El Código Penal argentino, en su Título III, bajo el epígrafe “*Delitos contra la honestidad*”, regula los delitos de violación, estupro y abuso deshonesto, comprendiendo la figura simple del hecho abusivo y las formas agravadas cuando se pone en peligro la vida de la víctima o por la calidad, o situación del sujeto activo, o el número de intervinientes, aumentando en este sentido la pena. La “calidad del sujeto” está en referencia a que el delito sea cometido por un ascendiente, descendiente, afín en línea recta o hermano de la víctima (parentesco).

Se señala que el delito se agrava por “*el carácter incestuoso de la relación*”, “*la razón de la norma legal está en la violación de una obligación de resguardo sexual proveniente del vínculo parental*”.

Asimismo, la Ley de Violencia Familiar 24.417 determina que “toda persona que sufre lesiones o maltrato físico o psíquico por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar podrá denunciar estos hechos en forma verbal o escrita ante el juez con competencia en asuntos de familia”. Por otra parte es de destacar que en el art. 2º indica cuáles son las personas que están obligadas a denunciar los hechos de abuso de que fueran víctimas los menores o incapaces, citando entre ellos a los **servicios asistenciales sociales o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor** (Felberg, s/f).

Destaco esto último ya que, muchas veces, cuando los profesionales de la salud se encuentran con estas situaciones, se plantea el dilema ético, entre el “secreto profesional” y la denuncia. Quisiera precisar que el profesional de la salud y/o la educación no sólo tiene el derecho a realizar la denuncia, sino que, básicamente, tiene la obligación de hacerlo.

Para el abordaje de esta problemática tan compleja, y sobre todo angustiante fundamentalmente para los niños que la viven y también para los profesionales que se encuentran con estas situaciones, es imprescindible el trabajo interdisciplinario.

Lo primero que suele suceder es que los profesionales desestiman esos pequeños indicadores que están a la vista, a veces por inexperiencia, otras por incredulidad, otras por la angustia que genera eso que están descubriendo. Es por esto que pensar con otros profesionales estas cuestiones y decidir en conjunto las acciones a realizar se vuelve indispensable.

Alicia, como tantos otros niños, buscaba desesperadamente alguien que la aloje, que la contenga, que interprete el drama que estaba viviendo, que ponga palabras a aquello que estaba aconteciendo y realice las acciones necesarias para su cuidado. Cuando encontró, en la psicomotricista, una profesional que no necesitaba ampararse en diagnósticos encubridores, dispuesta a sumergirse con la niña en las aguas turbulentas de su dolor, sus posibilidades subjetivas comenzaron a ser otras.

NOTAS

1. Agradezco a la psicomotricista Silvina Barceló quien generosamente me proveyó el material clínico que fue surgiendo a partir de las supervisiones que realizamos y participó activamente en el armado de este capítulo. Algunos datos de la historia están modificados para preservar la identidad de la niña.
2. Modo personal de referir a la vagina.
3. No se trata de juzgar a estas personas ya que no conocemos las circunstancias del nacimiento de la niña ni en qué contexto sus padres biológicos decidieron entregarla en adopción, sólo estamos analizando, desde cierto recorte, las marcas históricas de la niña.
4. El Síndrome de Alienación Parental (SAP) ha producido estragos en ese sentido. Ya que, siendo el producto de un falseador de información, Gardner, es utilizado con frecuencia en los juzgados para desestimar demandas de abuso que dejan expuestos a los niños a nuevas situaciones de abuso.

Bibliografía

- Alvarez, P. (1994). Maltrato y abuso sexual en niños y adolescentes. En *Psiquiatría del niño y el adolescente*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Bollas, C. (1993). Fuerzas del destino: Psicoanálisis e idioma humano. Buenos Aires: Amorrortu.
- Felbarg, D. (s/f). *Derecho y Abuso Sexual Infantil*. Accesible el 11/2/2013 en <http://www.aap.org.ar/publicaciones/dinamica/dinamica-7/tema-2.htm>
- Ferenczi, S. (1984). Confusión de lengua entre adultos y niños. En *Obras completas* Madrid: Espasa-Calpe.
- Freud, S. (1895). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de ‘neurosis de angustia’. En *Obras Completas, tomo III*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1895). A propósito de las críticas a la ‘neurosis de angustia’. En *Obras Completas, Tomo III* Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914) Recordar, repetir, reelaborar. En *Obras Completas, Tomo IX*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. En *Obras Completas, Tomo XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas, Tomo XX*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Giberti, E. (2003). *Abuso contra niños y niñas: un dato político*. Accesible el 9/2/2013 en <http://www.evagiberti.com/violencia/abuso-contra-ninos-y-ninas-un-dato-politico/>.
- Giberti, E. et al. (1998). *Incesto paterno filial contra la hija niña*. Buenos Aires: Editorial Universidad.
- Intebi, I. (1998). *Abuso Sexual Infantil: En Las Mejores Familias*. Buenos Aires: Ed. Granica.
- Khan, M. (1987). *Alienación en las perversiones*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Kovadloff, S. (2003). El enigma del sufrimiento. En Mardones, J. y Reyes Mate (eds.). *La ética ante las víctimas*. Barcelona: Anthropos.
- Kuitca, M., Berezin, J., Felbarg, D. (2011). ¿Cómo enfocar el abuso sexual infantil? El psicoanálisis en la interdisciplina. *Psicoanálisis* - Vol. XXXIII - N° 2 - 2011 - pp. 291-306. Accesible el 9/2/2013 <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/kuitca-yotros-autores.pdf>.
- Ley 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar. Enero 1995. Bs. As.
- Pernia, M. (s/f). *Abuso sexual infanto-juvenil*. Accesible el 10/2/2013 <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/final8.pdf>.
- Perrone R. y Martine, N. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Buenos Aires: Paidós.

La patologización de las diferencias...

- Rubins, C. (s/f). *Abuso sexual infantil: las secuelas en adultos*. Accesible el 10/2/2013 http://www.caminos.org.uy/asi_rubins.pdf
- UNICEF Argentina: Convención sobre los Derechos del Niño. Constitución Argentina.
- Winnicott, D. (1958). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. (1965). *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D. (1984). *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Yidilz, I. (2007). Teoría sobre afectos y síntomas II. *Revista de Asociación Psicoanalítica Colombiana, Psicoanálisis (APC), XIX, (1), 56-88, 2007*. Accesible el 8/2/2013 http://www.psicoanalistaiyildiz.com/index.php?option=com_content&view=article&cid=39:teo
- Zaffaroni, E. (1989). *En busca de las penas perdidas (Deslegitimación y dogmática jurídico-penal)*. Buenos Aires: Ediar.

Capítulo V

DISLEXIA Y TDAH: ¿DÓNDE ESTÁN LAS EVIDENCIAS?¹

María Aparecida Affonso Moysés², Cecilia Collares³

El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.

M. Foucault

Si bien consideramos que existen personas con enfermedades reales, cuyas deficiencias pueden perjudicar su desarrollo cognitivo, no es sobre ellas que hablaremos en este escrito. Por el contrario, nos referiremos a personas normales y saludables que sólo presentan comportamientos y formas de aprendizaje distintos al estándar uniforme y homogéneo que es, convencionalmente, considerado normal. Pero, ¿quién estableció estas convenciones? Nuestro primer cuestionamiento está destinado a estimular el pensamiento crítico.

No negamos la existencia de personas que trabajan con el lenguaje escrito en diferentes formas, más de las que podemos imaginar; algunas con

más dificultades, otras con una facilidad increíble, la mayoría de ellas en un *continuum* entre estos dos extremos. Lo que cuestionamos es la transformación de esto en una supuesta enfermedad neurológica, que nunca se ha probado y que es intensamente criticada dentro del propio campo de la medicina. ¿Por qué la necesidad de transformarla en enfermedad? ¿A qué intereses responde?

En este proceso de búsqueda de uniformización de todas las personas, los que no se someten, han sido sometidos a procesos desgastantes, humillantes incluso, con la intención de mostrarles, tanto a ellos como a los que los rodean, que es más apacible conformarse y dejarse llevar...

Personas absolutamente normales, hasta que fueron diagnosticadas/etiquetadas, ocupan los espacios de los discursos y las acciones que debían ser dedicados al acogimiento y el cuidado de las personas que realmente tienen problemas. Bajo la máscara de la inclusión, cada vez hay menos corazones y mentes efectivamente sintonizados con ellos... Incluso los escasos recursos públicos destinados a ellos, han sido objeto de codicia de los que inventan y reinventan las enfermedades del no-aprendizaje y del comportamiento.

La medicalización de la vida de los niños y los adolescentes se articula con la medicalización de la educación en la invención de las *enfermedades de no-aprender*. La medicina afirma que los graves y crónicos problemas del sistema educativo serían el resultado de las enfermedades que ella, la medicina, sería capaz de resolver; crea, por lo tanto, la demanda de sus servicios, ampliando la medicalización.

En Brasil, la medicalización del aprendizaje fue un elemento fundamental en el sostenimiento cientificista del racismo y los prejuicios hacia la clase obrera, presentada como intelectualmente inferior, como se ha mostrado en el capítulo 1 de este libro.⁴ Desde 1980, se produce la progresiva ocupación de este espacio por supuestas disfunciones neurológicas, hasta el punto que, hoy en día, casi todos los discursos medicalizantes acerca de los niños y los adolescentes se refieren a la Dislexia y el TDAH.

DE LA CEGUERA VERBAL CONGÉNITA A LA DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA

*Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante...*⁵

La búsqueda de las raíces científicas de disfunciones neurológicas – cuándo, cómo y quién comprobó qué – conduce a un interesante viaje por el campo de la transmutación, con omisiones y distorsiones de los hechos, creaciones de mitos, etc. Un recorrido que pasa de largo las pruebas científicas, el rigor metodológico, la ética; en resumen, que pasa de largo la ciencia.

A los efectos de este texto, presentaremos una breve historia de esta invención, con las principales referencias históricas⁶. En esta trayectoria, cada vez que el cuestionamiento llega a lo que se podría llamar nivel crítico, se produce la transmutación de la hipótesis vigente en una nueva, diferente y absolutamente igual. Cambios cosméticos, que no profundizan nunca en lo esencial.

Comenzaremos esta breve historia analizando el significado de la expresión “Disturbio del aprendizaje”⁷.

La palabra *disturbio* se compone de la raíz *turbare* y el prefijo *dis*. La raíz *turbare* significa “*cambios drásticos en el orden natural*” y puede ser identificada también en las palabras turbio, torbellino, perturbar. El prefijo *dis* remite por su significado a: “*alteración con sentido anormal, patológico*” y posee, intrínsecamente, valor negativo. Es precisamente en este sentido que es un prefijo muy utilizado en la terminología médica. Por lo tanto, retomando la palabra disturbio, podemos traducirla como “*Alteración drástica en el orden natural por anormalidad patológica*”.

¿Y la expresión “Disturbios de aprendizaje”? Es bastante clara. Se refiere a una “*alteración drástica en el orden natural del aprendizaje, por anormalidades patológicas*”, es decir, una enfermedad, evidentemente ubicada en el que aprende. Queda implícito que, al efectuar este diagnóstico, son (o deberían haber sido) debidamente excluidos todos los factores que puedan haber interferido negativamente en el proceso de enseñanza-aprendizaje (que no son objeto de estudio en este texto), ya que no se habla de “disturbios del proceso de enseñanza-aprendizaje”.

Por lo tanto, “trastornos de aprendizaje” se refiere a un problema o, más claramente, a una enfermedad que afecta al alumno - el portador - en el plano individual, orgánico. Para un problema individual, sólo se pueden plantear soluciones individuales. Para un problema médico, soluciones médicas.

La dislexia siempre ha sido el trastorno de aprendizaje más referido y más diagnosticado.

A finales del siglo XIX, ya se sabía que algunas enfermedades neurológicas, sobre todo los traumatismos craneanos y los accidentes cerebrovasculares, podrían generar, junto con secuelas importantes y fácilmente perceptibles, trastornos cognitivos con pérdida de la lengua oral o escrita ya establecida, y de comportamiento. A la pérdida de la lengua oral ya se la denominaba afasia, la pérdida de la lengua escrita, menos común, era conocida como “ceguera verbal”.

En 1896, James Hinshelwood, oftalmólogo de Glasgow, a partir del contacto con algunos casos de ceguera verbal, postuló la existencia de una “**Ceguera Verbal Congénita**”, trastorno de la lectura que sería causado por un defecto genético.

La concepción de que las alteraciones orgánicas y/o genéticas podrían comprometer exclusivamente el aprendizaje de la lectura no tuvo repercusión en el campo de la educación, la psicología, la lingüística, y la propia medicina de la época. Los trabajos de Hinshelwood no fueron citados por otros profesionales y ningún otro autor publicó texto alguno compartiendo esa línea teórica⁸. Reacción previsible, porque la especulación fue hecha sin ninguna evidencia empírica o estudio sistemático. Posteriormente, el propio Hinshelwood publicó algunos casos que, según él, serían patognómicos de la enfermedad descrita; todos los relatos, sin embargo, eran típicos de problemas pedagógicos.

Sólo como ejemplo, citamos el caso de una niña que, al leer en voz alta en el salón de clase, se sentía humillada, a causa de las burlas de sus compañeros, con lo que su lectura empeoró considerablemente; el “tratamiento” prescrito fue una orientación al maestro para que no la hiciera leer en voz alta, con una gran mejora en su aprendizaje. Este caso fue descrito como típico por Hinshelwood, quien interpretó el progreso de la niña como prueba de la validez de su diagnóstico. (Coles, 1987)

A pesar de la falta de cualquier criterio de científicidad, textos más actuales citan a Hinshelwood como el primer gran autor de los trastornos del aprendizaje, en el ámbito teórico que entonces se iniciaba. Tal vez por error, por lo general, se lo presenta como neurólogo.

En 1918, Strauss, neurólogo estadounidense, especuló acerca de la existencia de una lesión en el cerebro demasiado pequeña para afectar a otras funciones neurológicas, pero suficiente como para comprometer exclusivamente el comportamiento y/o aprendizaje. De ahí el nombre de **Lesión Cerebral Mínima**.

También esta hipótesis fue publicada sin ninguna evidencia empírica. La observación de que algunas personas que habían sobrevivido a enfermedades neurológicas bien establecidas, especialmente las infecciones y los traumatismos, pasaban a presentar, como una de las secuelas, alteraciones del comportamiento (en relación con su propio patrón anterior a la enfermedad), promovió la idea de que personas con “comportamiento anormal” podrían tener como causa subyacente, una lesión cerebral. Lesión suficiente como para cambiar el comportamiento, pero mínima como para no causar otras manifestaciones neurológicas⁹ (Schechter, 1982).

Todas estas hipótesis deben ser entendidas en el contexto de la tendencia constante de la sociedad a discriminar, para erradicar el “peligro” de los comportamientos diferentes, de los socialmente establecidos como “normales”. La forma en que fueron tratados los comportamientos “desviados” en toda la historia del hombre, es un eje central para comprender por qué la medicalización resulta tan fácilmente aceptada y difundida, pues responde a los deseos de la propia sociedad. La no aceptación de las normas sociales, sea mediante cuestionamiento o rebeldía, incomoda a la mayoría de las personas porque coloca tales reglas en su espacio correspondiente, no natural, por lo tanto no necesariamente correcto¹⁰. Con el nacimiento de la ciencia moderna, se produce la sustitución de la religión por la ciencia, como una forma de legitimar los criterios de normalidad y anormalidad. Las brujas y los herejes son transformados en locos, delincuentes y enfermos. Y a partir de la segunda mitad del siglo XIX, la medicina, más tarde acompañada por la psicología, se establece como una de las principales fuentes de criterios discriminatorios, proporcionando un carácter científico a cuestiones ideológicas.

Volviendo a Strauss, su hipótesis no tuvo ni una recepción importante en la comunidad científica ni influencia en la sociedad. Aunque ya se podía identificar el proceso de biologización del comportamiento, aún se encontraba en sus inicios, poco sofisticado, y por qué no, poco competente. Hasta ese momento, la teoría no conseguía infiltrarse en la vida cotidiana, ni concretizarse de hecho.

En 1925, Orton, neurólogo estadounidense, publica un informe de un caso de Ceguera Verbal Congénita. Fue la primera cita de esa entidad tras Hinshelwood. Publica un gran número de casos (quizá todos aquellos que nadie había visto anteriormente); así consigue abultados fondos de la Fundación Rockefeller para investigación, y luego, termina afirmando que no se trataba de una Ceguera Verbal Congénita, pero sí de otra enfermedad descubierta por él, la *Strephosymbolia*. Según sus propias palabras, sólo “observando a los niños leer”, percibió que las palabras formarían “engramas” en los dos hemisferios, “idénticos, simétricos y opuestos, como las palmas de ambas manos”; al leer, por ejemplo, la palabra amor, se formarían dos engramas: AMOR en un hemisferio y ROMA, en el otro. Por lo tanto, para evitar la confusión de los símbolos, el cerebro anularía el engrama ROMA, por lo que sólo quedaría AMOR; si el cerebro no fuese capaz de hacerlo, podría darse una lectura especular debido a esta confusión de símbolos (en griego: *strephosymbolia*).

Resulta interesante que, incluso sin ninguna prueba científica, aportada por Orton o por cualquier otro autor, la lectura especular es presentada hasta el día de hoy como uno de los principales signos y criterios para el diagnóstico de dislexia.

En la literatura científica, por otro lado, abundan las investigaciones que demuestran que todos llevamos a cabo una lectura especular, en ciertas situaciones, especialmente cuando se está cansado o estresado y en el proceso de alfabetización, esto sería más frecuente. Black (1973) comparó la ocurrencia de lectura/escritura especular en personas consideradas normales y con diagnóstico previo de dislexia, no encontrando diferencias: los normales mostraron 20% de errores de inversión de letras y 7% de inversión de palabras; los supuestos disléxicos presentaron el 22% y 5%, respectivamente. Por cierto, también las omisiones de letras y palabras, otra presunta señal/criterio de la dislexia, son cometidas por todos en los

inicios de la alfabetización; además, es incoherente hablar de omisiones en alguien que está adquiriendo palabras y letras...

La importancia que se otorga a la lectura especular por parte de los que defienden la existencia de enfermedades neurológicas, que pondría en peligro exclusivamente el aprendizaje, puede ser comprendida observando el propio logotipo de la Asociación Brasileña de Dislexia (ABD)¹¹. También en los Estados Unidos de América se concede gran importancia a Orton: una de las más antiguas e influyentes asociaciones sobre el tema es la *Orton Dyslexia Society*, siendo incluso una de las fundadoras de la *International Dyslexia Association*, a la que la asociación brasileña está afiliada. Poco importa que la hipótesis de Orton nunca haya sido probada; este pequeño detalle será omitido de la versión oficial. Aun así, es extraño que nunca antes ningún adepto de esa corriente se haya interesado en conocer los fundamentos científicos de su discurso y práctica. En realidad, esta historia está muy lejos de la racionalidad científica, situándose más apropiadamente en la esfera de la creencia y la fe. (Heller, 1989)

En el año 1937, surge un nuevo personaje en esta trayectoria. Su hazaña será crucial para promover la construcción en curso, pero su nombre - Bradley - será poco citado, incluso relegado al ostracismo, probablemente para no manchar la biografía de la entidad que se construía. Neurólogo estadounidense, realizó experimentos en niños y adolescentes alojados en asilos y orfanatos, dándoles drogas psicotrópicas, tranquilizantes y anfetaminas (Bradley, 1937). Sus efectos colaterales, en particular la dependencia química, ya eran conocidos en adultos y por eso no se utilizaban en niños. A partir de experiencias mal explicadas, sin el menor rigor metodológico, ni hablar de ética, esta fue su conclusión: usando anfetaminas, todos los niños con problemas de conducta o dificultades en el aprendizaje mostraron mejoras significativas y persistentes de todos sus síntomas. Así se concretaba el sueño prometido por la industria farmacéutica: ¡un remedio que mejoraría a todos, de todo y para siempre! Resultado nunca alcanzado por sus seguidores, y que debe ser mirado con la debida cautela, por no decir descrédito. Quien falta el respeto a los seres humanos ¿puede respetar los datos, puede respetar a sus pares?

Pudiendo ser incluido entre los responsables de los experimentos más antiéticos en la historia de la medicina, no resulta extraño que Bradley no

esté en el mismo panteón erguido para Orton... Sin embargo, extraído su nombre, su hipótesis, ganará vida autónoma, transmutada en teoría no cuestionable, para justificar que niños y adolescentes normales sean introducidos en el terreno de la dependencia química, por la prescripción médica de psicotrópicos.

En 1962, nuevo contexto. Tiene lugar en la ciudad de Oxford un *Workshop* internacional, reuniendo a los equipos de investigación que se dedicaban, desde 1918, a encontrar la lesión preconizada por Strauss. Unánime resultado: utilizando todos los recursos disponibles, ningún equipo fue capaz de encontrar la lesión, en la gran cantidad de personas a las que se les atribuía el diagnóstico de **Lesión Cerebral Mínima (LCM)**. Hay que señalar que, incluso sin toda la tecnología actual, contaban con algo bastante preciso: el estudio anatomopatológico, ya que habían acompañado a varias personas hasta su muerte y estudiado su cerebro directamente bajo el microscopio.

Conclusión obvia: ¡no había Lesión Mínima! El error de Strauss, sin embargo, fue sólo conceptual: si no había ninguna lesión, sólo podía ser una ¡disfunción! Así nació la famosa **Disfunción Cerebral Mínima (DCM)**. Sus características: a) sólo se afecta el comportamiento y aprendizaje, precisamente las áreas más complejas y cuya evaluación resulta más difícil en el ser humano; b) criterios subjetivos, vagos, sin definición (por ejemplo: hiperactividad, agresividad, baja tolerancia a la frustración, entre muchos otros) y sin número mínimo de signos clínicos, de modo que cumpliendo solamente con uno de los criterios era ya suficiente como para hacer el diagnóstico; c) la ausencia de signos clínicos en el examen físico o neurológico; d) la ausencia de alteraciones en los exámenes de laboratorio, incluyendo radiografías y electroencefalogramas. Sin embargo, ya nacía como un constructo de la fisiopatología¹², sobre la base de las experiencias de Bradley y, muy importante, con un remedio disponible de la industria farmacéutica.

En ese momento, dos diferentes trayectorias, iniciadas una con la Ceguera Verbal Congénita y la otra, con la LCM, convergen y se fusionan; la primera pasa a integrar a la segunda, siendo una de sus manifestaciones: los trastornos del aprendizaje, en especial la "**Dislexia Específica de Evolución**", el nuevo nombre de la Ceguera Verbal Congénita¹³. Una vez más, sin dar un concepto claro y mucho menos decir cómo hacer tal diag-

nóstico¹⁴. Por lo tanto, al diagnosticar dislexia específica de evolución, el diagnóstico de DCM se realizaría automáticamente.

A partir de allí, el recorrido de estas entidades nosológicas sufre una inflexión. Anteriormente, estaba reservado a unos pocos grupos de Investigación, ahora pasan, progresivamente, a infiltrar cada vez más en las formas de pensar la vida cotidiana; en un principio, fueron ocupando mayores espacios en el discurso médico, difuminándose hacia el discurso psicológico y pedagógico, y, a continuación, invadiendo el imaginario de casi todas las personas¹⁵. La espiral pasa a girar cada vez más rápido...

Y SURGE EL TDAH

Tem que ser selado, registrado, carimbado, avaliado e rotulado se quiser voar...¹⁶

En 1984, la Academia Americana de Psiquiatría, considerando que los criterios para el diagnóstico de DCM eran vagos, subjetivos y confusos, y, también, que el defecto se localizaría en el área de la atención, propone un nuevo cambio con el lanzamiento en el mercado de la más nueva sensación: el **Attention Deficit Disorder (ADD)**, cuyos criterios fueron aun más difusos, todos iniciados con la palabra "*frecuentemente*", con un incremento de acciones como "*parece no escuchar*", "*actúa sin pensar*" (!), "*falla en terminar tareas*", "*tiene dificultades de aprendizaje*". Pretender afirmar que tales criterios son objetivos, cuantificables y de fácil evaluación, y que un niño sólo encajaría en ellos si tuviese algún problema neurológico real, ¡escapa a cualquier racionalidad científica!

Menos de dos años más tarde, un nuevo cambio cosmético: El ADD se subdividió en dos subgrupos: ADD y, cuando también hubiese hiperactividad relevante, ADD-H. Al mismo tiempo, manteniendo el déficit de atención como el problema central, la hiperactividad recuperaba su importancia, volviendo a la escena. Poco después, otra enmienda: ADD permanece y ADD-H cambia a **ADHD (Attention Deficit and Hyperactivity Disorder)**. En Brasil y en los países de habla hispana, tal vez por la

crítica, el término Disturbio - equivalente a *disorder* en el idioma inglés - fue cambiado por *trastorno*.

Surgía, finalmente, el glamoroso TDAH: "Trastorno por déficit de atención e hiperactividad".

Cambian la apariencia, pero la carcasa sigue siendo la misma... Nacido bajo el discurso de la cientificidad y la objetividad, para evaluar la conducta y el aprendizaje, nunca está de más recordar cómo se diagnostica la más nueva versión: el TDAH. Basta visitar la página¹⁷ de la asociación que organiza, dirige y controla los discursos sobre ella. Allí se encuentran los criterios diagnósticos, que no muestran cambios significativos, ni siquiera cosméticos, en relación con los de la DCM, certificando y autenticando su carácter metamorfoseado. Después nos enteramos que el diagnóstico de TDAH se hace sobre la base de los síntomas reportados por el paciente o sus familiares, y debidamente interpretado por un especialista, se nos informa que no existe un examen clínico que dé el diagnóstico. Pero sobre la base de un cuestionario disponible en la página para ser impreso y contestado por los miembros de la familia, los maestros y quienes más quieran, el énfasis es grande y comprensible: el diagnóstico sólo puede ser realizado por un especialista. Palabra mágica: transmite rigor y confianza, y defiende el mercado de trabajo.

El criterio (A) -cuestionario Snap IV-, se compone de 18 preguntas; las nueve primeras se refieren a la falta de atención y las siguientes a hiperactividad e impulsividad. Respondiendo positivamente a seis puntos en un subgrupo, está hecho el diagnóstico de predominio de Déficit de atención o hiperactividad en el TDAH que, de hecho, ya había sido definido cuando los padres fueron convencidos de que el niño tenía problemas. Bien, ¿cuáles son las 18 preguntas, después de todo?

1. No puede prestar mucha atención a los detalles o comete errores por descuido en los trabajos de la escuela o las tareas.
2. Tiene dificultad en mantener la atención en tareas o actividades de placer.
3. No parece estar escuchando cuando se le habla directamente a él.
4. No sigue las instrucciones hasta el final y no termina las tareas escolares, deberes u obligaciones.

5. Tienen dificultades para organizar tareas y actividades.
6. Evita, no le gusta o se pone en contra ante tareas que requieran esfuerzo mental prolongado.
7. Pierde las cosas necesarias para las actividades (p. ej. juguetes, los deberes de la escuela, lápices o libros).
8. Se distrae con los estímulos externos.
9. Es olvidadizo respecto de las actividades diarias.
10. Mueve las manos o los pies o se remueve en la silla.
11. Se mueve en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
12. Corre de un lado a otro o trepa en las situaciones en que esto no es apropiado.
13. Tiene dificultad en jugar o participar en actividades recreativas en forma tranquila.
14. No para o a menudo está a "mil por hora".
15. Habla en exceso.
16. Responde a las preguntas de forma apresurada antes de que se hayan terminado de formular.
17. Tiene dificultad para esperar su turno.
18. Interrumpe a los otros o se entromete (p. ej., se mete en la conversación / juegos).

Sin embargo, debe subrayarse que se enfatiza que el cuestionario (conocido como SNAP IV) constituye el criterio (A) y debe evaluarse junto con otros criterios¹⁸:

- (B) Algunos de estos síntomas deben estar presentes antes de la edad de 7 años¹⁹.
- (C) Hay problemas causados por los síntomas anteriormente mencionados en por lo menos 2 contextos diferentes (por ejemplo, en la escuela, en el trabajo, en la vida social y en casa).
- (D) Hay problemas evidentes en la vida escolar, social o familiar por cuenta de los síntomas.

- (E) Si existe otro problema (tal como depresión, deficiencia mental, psicosis, etcétera) los síntomas no pueden ser atribuidos exclusivamente a él²⁰.

Si alguien no se siente incluido...

En resumen, podemos decir que, en el algoritmo cientificista, de *niño que no aprende y/o niño con problemas de comportamiento + examen físico normal + pruebas de laboratorio normales* se oculta, de hecho, *el niño que incomoda*.

A cada metamorfosis, bajo la excusa de dar una mayor objetividad - ¿qué podría ser eso, tratándose de la conducta humana? -, los criterios fueron siendo cada vez más vagos, llenos de prejuicios, impregnados de fe y de ideología...

Recientemente, también la “Dislexia Específica de Evolución” fue transformada en “**Dislexia del Desarrollo**”, para dejar en claro que se trata de una entidad que aparece en el curso del desarrollo de la persona²¹ y no, secundariamente a algunas enfermedades neurológicas que interrumpen, o incluso que revierten, el dominio ya establecido del lenguaje escrito.

La definición más reciente de dislexia, oficialmente aceptada por los autores que defienden su existencia y de las asociaciones que se congregan en torno a ella, es de 2003 y ha sido publicada en la revista de la *International Dyslexia Association*²²:

La dislexia es una dificultad de aprendizaje de origen neurológico. Se caracteriza por la dificultad en la correcta fluidez en la lectura y por la dificultad en habilidades de decodificación y deletreo. Estas dificultades son producto, de un déficit en el componente fonológico de la lengua que es inesperado en relación con otras habilidades cognitivas consideradas en esa franja etaria. (Lyon, Shaywitz y Shaywitz, 2003)

Es imposible que no nos resulte extraño que una enfermedad neurológica que comprometería el aprendizaje se caracterice por manifestaciones que sólo se desarrollan cuando se domina bien la lectura, esto es, ¡aquello que ella comprometería! Más aún: sus características serían resultantes de otras manifestaciones que, en la misma forma, sólo aparecen cuando ya ¡lee bien!

Sin embargo, ninguna de las características presentadas es innata.

Pero hay más: las dificultades son inesperadas para la ¡franja etaria! Como si se estuviera hablando de talla y peso, mejor aún, de los niveles séricos de hemoglobina, y no de las adquisiciones que sólo se producen por inmersión de la persona en su contexto social y cultural. Se omite nuestra condición de sujetos históricos y culturales, fechados y situados, para pretender reducirnos a una biología de cuerpos sin vida.

Por último, es evidente la descontextualización de la lectura y la escritura, y su tecnificación; se suprime el significado de las palabras para entronizar fonemas, sonidos. Como veremos más adelante, esta concepción se concretiza al proponer, como tareas, la lectura y rimas de pseudopalabras.

¿Y cómo se diagnosticaría esta extraña entidad nosológica? Parece no haber dudas:

La dislexia es diagnosticada de las siguientes formas: a) por un proceso de exclusión; b) indirectamente, en base a elementos neurológicos; c) directamente, en base a la frecuencia y a la persistencia de ciertos errores de escritura y lectura. En todos los diagnósticos, el hecho de que el niño no haya sido alfabetizado por procesos comunes, o una historia familiar con trastornos de aprendizaje, son importantes. (Nico, 2009)

El desconcierto nos aconseja releer, para constatar que no nos equivocamos. En primer lugar, ¿el diagnóstico se hace por los tres modos en conjunto o sólo basta uno? La autora no explicita algo tan sencillo y fundamental en cualquier razonamiento diagnóstico. Además, ¿una enfermedad neurológica diagnosticada por un proceso de exclusión?! ¡Se enciende la luz amarilla! Esto es radicalmente diferente a utilizar criterios de exclusión durante el razonamiento clínico que conduce al acto diagnóstico. Por exclusión se entiende aquí simplemente que, al excluir todas las demás causas por mí conocidas y valoradas, ¡he llegado a la conclusión de que solamente puede ser esto! Este tipo de razonamiento no se sostiene ni siquiera en el diagnóstico de una infección viral simple, un resfriado común, que tiene claros puntos de referencia para que pueda ser explicado. Entonces, ¿una enfermedad neurológica diagnosticada por “elementos indirectos”? ¿Qué quiere decir eso? ¡Se enciende la luz roja! Por último, un elemento directo; ¿sólo los errores en la lectura y la escritura? ¡Enciéndanse las luces rojas y háganse sonar todas las sirenas!

Además, todo lo que se relaciona con el aprendizaje y el comportamiento, todo lo que se refiere a la vida en sociedad, las relaciones y los afectos, tiene ¡¡"antecedentes familiares"!! Las preferencias alimenticias también serían genéticas, según esta lógica primaria.

¿Diagnóstico de enfermedad neurológica o etiqueta?

Se crea un engranaje del cual no hay forma de escapar: se dice que una enfermedad neurológica sólo pondría en peligro la lectura y la escritura ¡y se diagnosticaría exclusivamente mediante la lectura!?

En realidad, la racionalidad médica no funciona así. Esta lógica pasa de largo a la ciencia, ¡está lejos de la medicina!

Durante estos 117 años, estas entidades nosológicas se fueron conformando y modelando al correr de modas e incluso de la ciencia. Esto es muy claro en relación con las supuestas causas, que han migrado desde el trauma del parto, a la herencia genética, pasando por las alergias alimentarias, los colorantes y conservantes, por plaguicidas...

De forma similar, ellas²³ se alimentan de los avances tecnológicos en el campo de la medicina. Avances innegables que han contribuido mucho al diagnóstico temprano de enfermedades reales, pero que han sido utilizados para dar tono cientificista a los discursos y para aumentar su credibilidad. Después de todo, la tecnología no tiene dueño o ideología y puede ser utilizada tanto por los *judis* como por *el lado oscuro de la fuerza*.

LA TECNOLOGÍA RECICLA Y SOFISTICA LAS JUSTIFICACIONES

*Procurando bem, todo mundo tem pereba, marca de
bexiga ou vacina, e tem piriri, tem lombriga, tem
ameba, só a bailarina que não tem...²⁴*

En resumen, hasta aquí, esta historia habla de una construcción ideológica sin ninguna base científica, que cambia constantemente de nombre y apariencia sin que se altere nada en su esencia, es decir, la biologización de seres culturales, fechados y situados, en las palabras de Paulo Freire,

en la búsqueda de la homogeneidad de la humanidad, con la rotulación y estigmatización de quienes no se someten.

No debe menospreciarse el hecho de que, cuando hay un exceso de nombres, conceptos, de causas para un mismo fenómeno, hay grandes posibilidades de que ninguno de ellos sea confiable. Tratándose de enfermedades, esto es incluso más válido aún; para una enfermedad neurológica, entonces...

Resulta interesante que a cada vuelta de la espiral de la metamorfosis, con cada nuevo nombre que surge, se afirma, categóricamente, que "ahora sí, se tiene la prueba de que aquello es aquello mismo". Recientemente, hemos tenido una confirmación más de la ausencia de fundamentos científicos. En septiembre de 2008, se celebró en San Pablo, el 8° Simposio Internacional de Dislexia, promovido por la ABD. Esta asociación divulgó intensamente el evento, incluso en su página web, donde destacó:

La buena noticia, llegó con la doctora Ana Beatriz Barbosa y Silva, médica psiquiatra y escritora que ha presentado la conferencia central del Simposio: TDA y dislexia: Síntomas clínicos y Neuroimágenes. Según ella, "más que una ayuda en el diagnóstico, la neuroimagen trajo la certeza de que el TDAH (trastorno de déficit de atención e hiperactividad) y la dislexia existen"²⁵.

Si la neuroimagen trajo la certeza de algo, sólo se puede comprender que antes no había ninguna certeza...

Veamos entonces lo que las nuevas tecnologías han traído consigo. Una avalancha de presuntas pruebas del defecto, de lo que no funciona, y sus supuestas causas, llegando incluso a retornar a explicaciones ya abandonadas.

Para mayor claridad, podemos dividir estas supuestas pruebas en tres grupos, de acuerdo a las técnicas de investigación, a fin de reflejar el tipo de defecto que se busca encontrar: anatómico, funcional o genético.

Aquí es necesario un paréntesis.

En el campo de la medicina, la mayoría de los estudios que buscan relaciones de causalidad entre una enfermedad y cualquier otro fenómeno se encuadra en el método epidemiológico: un tipo de investigación cuantitativa que se distingue de la experimental por no realizar directamente experimentos, limitándose a observar, acompañar y comparar ciertos hechos

y manifestaciones que ocurren en el transcurso del tiempo en grandes poblaciones. Simplificando, podemos decir que es como si el investigador estudiase los efectos de un experimento realizado por la naturaleza, o por un grupo humano externo a la investigación, como, por ejemplo, las consecuencias de una explosión volcánica o las bombas atómicas lanzadas en suelo japonés. Es un tipo de investigación muy utilizado, sobre todo cuando no sería ético realizar el experimento, inviabilizando un diseño experimental.

Obviamente, por no llevarse a cabo en el seno protegido de los laboratorios, requiere gran rigor metodológico y prudencia en las conclusiones. Algunas de las características deben ser resaltadas. En primer lugar, de la misma manera que en la investigación experimental, todos los procedimientos de muestreo (grupo control y grupo experimental) deben ser estadísticamente definidos, con el fin de garantizar la selección casual de los sujetos y el tamaño mínimo de las muestras; posteriormente, los datos deben ser tratados estadísticamente, mediante programas de análisis adecuados al objeto de estudio. En segundo lugar, las conclusiones tienen un límite bien definido, ya que, por más sofisticado que haya sido el diseño de la investigación, el más complejo tratamiento estadístico no sería capaz de proporcionar las relaciones causales, sólo correlaciones estadísticas; las relaciones causales son, siempre, construcciones teóricas del investigador. Por último, pero no por ello menos importante, una clara definición de criterios precisos para la inclusión y la exclusión en el grupo experimental y de control; en otras palabras, ¿cómo diagnosticar la enfermedad en estudio? Esto significa, para este texto, responder claramente a la pregunta: ¿cómo identificar a una persona disléxica entre 100 mal alfabetizadas? Por supuesto, un diagnóstico no puede basarse en el dominio de la lengua escrita. ¡Pero esto es exactamente lo que se hace!

Sólo como un ejemplo más de la laxitud de esos criterios, podemos citar la obra de Vellutino (1979), la cual alcanzó un punto nodal: el círculo vicioso y viciado de usar el lenguaje escrito para diagnosticar a quien tendría dislexia. En un diseño de investigación simple y bien diagramado, el autor comparó adultos que habían sido diagnosticados como portadores de Dislexia Específica de Evolución con adultos considerados normales²⁶, quitando la evidente ventaja que el grupo control tuvo en las tareas rela-

cionadas con el lenguaje escrito: utilizó las letras y las palabras del idioma hebreo, desconocido para todos. Resultado: los dos grupos tuvieron exactamente el mismo rendimiento, que era mucho menor que el de un tercer grupo, integrado por adultos considerados normales, de origen judío, que conocían el idioma hebreo. Para Vellutino, lo que se llama dislexia sería sólo una intrusión lingüística.

Sin duda, la cuestión de cómo definir quién será incluido en la investigación se vuelve aún más relevante cuando se trata de una entidad nosológica con criterios diagnósticos vagos e imprecisos como hemos visto. Dislexia diagnosticada por medio de la lectura; el TDAH por los criterios que se mencionaron antes... No es este el modo en que la ciencia médica acostumbra ser.

Enunciadas estas características fundamentales de la investigación epidemiológica, analicemos ahora el método y el rigor científico sobre los que se basan quienes vienen alardeando con los más recientes avances.

VOLVER AL INICIO: EL RETORNO DE LA LESIÓN ANATÓMICA

Todo mundo tem um primeiro namorado, só a bailarina que não tem. Sujo atrás da orelha, bigode de groselha, calcinha um pouco velha, ela não tem.²⁷

En la literatura científica, se encuentran numerosos relatos de alteraciones anatómicas en el cerebro de personas llamadas disléxicas. Ya desde un inicio, impresiona la existencia de alteraciones en tantas regiones: cuerpo calloso, el cerebelo, área occipital, parietal y temporal. Profundizando un poco, se percibe que cada localización es descrita por diferentes grupos de investigación, lo que indica que quizás ninguno haya encontrado algo específico. Continuando, vemos que el número de sujetos estudiados es siempre muy pequeño, contrariando una de las máximas en este tipo de investigación: cuánto menos se conoce de un tema, mayor es el muestreo necesario. Allí, el asombro: no hay un muestreo bien definido de acuerdo a los rigores estadísticos, ni siquiera hay un grupo control, y menos aún la

preocupación en describir cómo se realizó el diagnóstico. En resumen, un pequeño número de personas de las que los autores dicen que eran disléxicos o portadores de TDAH cuyos cerebros fueron escaneados con el microscopio electrónico, a la búsqueda de algo diferente de lo conocido.

Para mayor claridad, tómese como modelo de comprensión algo pro-saico. Imagine una investigación sobre la cefalea en mujeres mayores de 40 años de edad. Si encontramos una correlación con el uso de la tintura de cabello, por ejemplo, ante todo será necesario conocer la prevalencia²⁸ de uso de la tintura en el pelo, entre las mujeres con más de 40 años que no tienen dolores de cabeza. En otras palabras, siempre será necesario conocer la prevalencia del fenómeno estudiado tanto en la población en general, como en los estratos de quién tiene la enfermedad y quién no. No tener en cuenta este razonamiento científico básico, puede llevar a afirmar que “tener dos orejas es causa de otitis media recurrente, porque casi todos los niños con este problema tiene dos orejas”.

Uno de los autores más citados, por aquellos que defienden la existencia de tales entidades, cuando intentan justificar la supuesta enfermedad por un defecto en la anatomía del sistema nervioso central (SNC), es Galaburda, que cuenta con un gran número de artículos publicados en revistas y libros, siempre afirmando categóricamente la existencia de alteraciones anatómicas en disléxicos, con énfasis en la existencia de ectopias neuronales en córtex, tálamo y cerebelo, además de simetría neuronal en el plano temporal. Aquí está el informe del propio autor, acerca de cómo surge su línea de investigación:

Por último, a finales de los años 70 del siglo pasado, se encontró la evidencia, cuando Galaburda y sus colaboradores (1985) publicaron los resultados de varios estudios en cerebros disléxicos que indicaban la presencia de anomalías sutiles en el proceso de migración celular al neocórtex. Estas consistían en nidos de neuronas mal situados en la capa 1 de la corteza cerebral, llamadas ‘ectopias’, y en focos infrecuentes de microgirias, especialmente ubicadas en el córtex perisilviano, que contiene las áreas del lenguaje. Hallazgos subsecuentes implicaron también al tálamo y al cerebelo. La ubicación de estas anomalías en el desarrollo del encéfalo se asociaron tanto con problemas fonológicos y déficit de procesamiento auditivo, como también con trastornos motores con frecuencia presentes en disléxicos; para comprender mejor las relaciones de causa y efecto entre las características del cerebro y las funciones de conducta fueron desarrollados modelos animales (Galaburda y cols., 2006)

Enciéndase la luz amarilla: ¿modelo animal de la dislexia? Permanezca encendida: ¿cómo fue realizado el estudio?, ¿cuántos disléxicos, diagnosticados de qué forma? ¿Las alteraciones encontradas tenían un real significado patológico? Es decir, ¿cuántos de nosotros, que hemos tenido la suerte de no caer en este diagnóstico/etiqueta, tenemos ectopias neuronales? ¿Y simetrías, cuántos tenemos? No hay respuestas a preguntas que los autores no se preocuparon en formular...

No fue fácil encontrar la respuesta en los textos del autor o de sus seguidores. En el texto de 1985, Galaburda estudió los cerebros de **cuatro (!) disléxicos**. Posteriormente, publicó el informe de uno más, con alteración anatómica cerebral. En total, el autor más citado, y que más investigó la anatomía del SNC en supuestos disléxicos, **estudió cinco (!) personas**, con edades comprendidas entre 12 y 30 años, sin explicar nunca cómo se realizó el diagnóstico.

En contraste, el mismo autor publicó en 1987, el estudio sobre el área temporal en 100 cerebros obtenidos *post mortem*, todos sin ninguna alteración patológica, de personas de las que se desconocía cualquier información relativa a sexo y dominancia lateral; tampoco hay ninguna referencia a las patologías, incluyendo dislexia y TDAH²⁹. Los resultados mostraron que la relación de tamaño de los lóbulos temporales atraviesa un *continuum* entre dos extremos; el 16% de los cerebros normales eran simétricos en el plano temporal; el resto era asimétrico, de los cuales un 63% con lóbulo izquierdo mayor y 21% con lóbulo derecho más grande. Los autores afirman que no sería posible cualquier inferencia sobre las causas y las consecuencias funcionales de estas diferencias, ni siquiera considerar la idea de que la hipótesis de la simetría podría ser patológica. (Galaburda et al, 1987)

Por último, y sobre la base de las extrapolaciones de cinco personas y modelos animales se afirma, tan categórica y tranquilamente, que la Dislexia y el TDAH son causados por alteraciones del desarrollo anatómico cerebral. Incluso, ¡muestran un patrón que se encuentra en el 16% de la población normal!

Con esta disposición a transformar procesos y fenómenos normales en evidencias de enfermedad, indudablemente sólo la bailarina podría no tener problemas...

CAMBIAR PARA MANTENER: AHORA LA LESIÓN ANATÓMICA SERÍA GENÉTICA

*Futucando bem, todo mundo tem piolho, ou tem cheiro
de creolina, todo mundo tem um irmão meio zarolho,
só a bailarina que não tem.³⁰*

Ya en 1962, con la aparición de la DCM, surgieron los primeros intentos para explicar su origen genético. Los argumentos eran primarios, abordando el comportamiento como si fuera el color de los ojos o el tamaño de arvejas, de un modo tan simplista que harían horrorizar al propio Mendel... A partir de una mayor prevalencia entre los varones (3:1 en comparación con las niñas), de ser más comunes en niños con padres con igual diagnóstico, y el hecho de que, aunque menos frecuente, es más grave en las niñas, se llegó no sólo a la conclusión de que sería una enfermedad genética, sino que su herencia era del patrón recesivo, conectada con el sexo. Muy sencillo: tendría que ser un gen del cromosoma X; bastaría un gen modificado para desencadenar la enfermedad en los niños (ya que tienen un cromosoma X y un cromosoma Y); al igual que en las niñas serían necesarios dos (genotipo XX), sería más grave.

Demasiado simple, por no decir simplista, ignorando que se trata de conducta y aprendizaje, las áreas más complejas de evaluar en los seres humanos; plenos de subjetividad, sujetos constituidos por el lenguaje y por los saberes, mediante la inmersión en la cultura y la historia, transformados en cuerpos biológicos; peor, reducidos a genes... A menudo, los que nos quieren reducir a un determinismo genético ignoran que aprendemos maneras de pensar, de ser, de actuar, en los intercambios con las personas de nuestro entorno. Por lo tanto, es por demás simplista y biologizante ignorar que un niño, cuyos padres, por ejemplo, han tenido dificultades para controlar el esfínter urinario, tiene grandes chances de repetir la historia, presentando una enuresis, ya que será educado por personas que lidian mal con esa circunstancia; inconscientemente, o incluso de forma explícita, será informado de que *se espera y acepta* que se orine en la cama hasta determinada edad. Si queremos hablar de herencia en esa situación, mejor agregar el adjetivo esencial: herencia cultural. Del mismo modo,

las relaciones con el aprendizaje, la lectura, la escuela son aprehendidas y adquiridas en el seno de la familia y el grupo social al que se pertenece. El analfabetismo no es genético, pero la falta de acceso a bienes culturales generalmente es hereditaria en sociedades marcadas por la desigualdad...

Esta ola de causalidad genética se hundió, con el tiempo, sustituida por otras modas del momento, inspiradas en la ecología y las preocupaciones por la naturaleza, es decir los plaguicidas y productos químicos utilizados en la industrialización de los alimentos. Sin embargo, con los avances en genética, la presunta causa de la supuesta enfermedad retornó en su plenitud. Somos bombardeados todo el tiempo por el descubrimiento de cuatro alteraciones cromosómicas y de cuatro genes causadores de dislexia.

Un momento. ¡Retórnese al anterior párrafo!, ¿cuatro cambios cromosómicos y más aún, cuatro genes que provocan una sola enfermedad? Algo extraño... Cuando existen muchas causas implicadas, es alta la chance de no haber acertado todavía en el blanco; más aún, cuando todas son del mismo orden y la misma grandeza...

Se describen los cambios en los cromosomas 1, 6, 12 y 15. También se nos dice que los genes DYX1C1, KIAA0319, DCDC2 y ROBO1, entre otros menos citados, serían la causa de la Dislexia de Desarrollo. Profundizando sólo un poco en la investigación, comienza a ser evidente que cada grupo de autores defiende su descubrimiento, de un cromosoma o de un gen, que causa esta enfermedad. ¡Ah, bueno! Así está más claro. No hay concordancia entre los que defienden una causa genética para una supuesta enfermedad. Continuando con la búsqueda, otra sorpresa: algunos autores mencionan las ocho posibilidades juntas, sin jerarquía entre ellas, dejando escapar lo no dicho, que se trata de ocho hipótesis, aún por demostrar. No obstante varios textos hacen referencia a estos cuatro genes con la sigla GCPD, lo que significa *genes candidatos predisponentes a la dislexia*. Es decir, genes que se disputan el trofeo de considerarse predisponentes - y no la causa - pero que, incluso para ello, aún deben demostrar que merecen ese trofeo.

Algunos autores son citados reiteradamente por aquellos que defienden la existencia de la dislexia y el TDAH, cuando quieren convencernos que son enfermedades genéticas. Sólo como ejemplo, analicemos algunos. En todos, busquemos el rigor metodológico que se requiere de una investi-

gación de este tipo con énfasis en la pregunta: ¿cómo fue hecho el diagnóstico y cómo se hizo la selección de los sujetos? El punto central, recordando que se trataría de una enfermedad neurológica, es (admitiendo que exista): ¿cómo identificar a una persona con dislexia de desarrollo entre 100 mal alfabetizadas? En el campo médico, inclusive en la neurología, se exigen criterios claros y precisos, rigurosos y objetivos.

Un trabajo muy citado es el de Smith et al (1983), donde informa que el patrón de herencia en familias con trastornos en la lectura, sería al parecer autosómico dominante, lo que sugiere que un gen con papel etiológico estaría en el cromosoma 15. No hay ninguna palabra sobre el diagnóstico, sólo dice que tenían *trastorno de la lectura*, sin embargo, los sujetos estaban intencionalmente elegidos, sin hacer referencia a grupo control.

También buscando el patrón de herencia de dislexia, Pennington y cols. (1991) estudiaron 1698 personas, pertenecientes a 204 familias, elegidas a partir del diagnóstico de disléxicos entre alguno de sus miembros. ¿Diagnosticados cómo?, ¿elegidos cómo?, ¿entre quiénes?, ¿en comparación con los de qué grupo? Ausencia total de información. La conclusión fue que gran parte de las *familias disléxicas* muestra diferentes patrones de herencia: el ligado al sexo, o aditivo o autosómico dominante; en este último grupo, existiría además heterogeneidad genética. Según los autores, la evidencia mostraría que la dislexia sería etiológicamente heterogénea. Es decir, ¿sería una única enfermedad, pero con muchas causas y varios patrones de herencia! Extraño, por lo menos en el mundo de la medicina...

La heterogeneidad, recordada constantemente, se deriva de algo bastante trivial: la ausencia de criterios diagnósticos específicos de una enfermedad que nadie ha demostrado aún que exista. Un diagnóstico de enfermedad neurológica basado exclusivamente en el dominio mal establecido del lenguaje escrito, es realmente insólito. Aún más inverosímil es que no provoque extrañamiento después de más de un siglo. A gusto y, para no ser ingenuos, de acuerdo a las necesidades de cada equipo, las personas que leen y escriben mal se enmarcarán en este pseudo-diagnóstico – mejor sería hablar de rótulo- y serán sometidas a exámenes y más exámenes de última generación, siempre en busca de algo diferente, que rápidamente será transformado en signo patognomónico de la enfermedad, y luego

será divulgado que la enfermedad en cuestión existe... Razonamiento viciado, sin duda, bien lejos de la lógica de la ciencia.

El trabajo de Marino y cols. (2005) es bastante interesante: funciona como modelo de que, en ese área, aun cuando los datos dicen *no*, el investigador puede seguir diciendo que *sí*... Los autores estudiaron específicamente el gen de DYX1C1, localizado en el cromosoma 15, buscando, a través de técnicas avanzadas de secuenciación genética y aislamiento de fragmentos con pocos nucleótidos (las moléculas que forman la doble hélice del ADN), la relación con la Dislexia de Desarrollo en 158 familias con al menos un hijo señalado como disléxico. Destacando el alto poder de su método para detectar este tipo de asociaciones, llegó a la conclusión de que sus datos no apoyan la participación de este gen en la muestra estudiada, para finalmente decir que sus resultados pueden ser debido a la heterogeneidad genética, pues este gen es un buen candidato para la Dislexia de Desarrollo.

El trabajo de Cope et al (2005) presentaría un diseño metodológico más apropiado, si no incurriera en el mismo viejo hábito, al considerar disléxica a una persona que presente *Trastorno Extremo de Lectura*, sin conceptualizar claramente lo que es ni cómo se diagnostica este trastorno, más aún cuando se lo adjetiva de extremo. Argumentando que el defecto genético se encuentra en el cromosoma 6, han sido varios los intentos recientes de asociar la Dislexia del Desarrollo con varios genes de este cromosoma, con resultados inconsistentes; se propone, entonces, examinar específicamente la asociación del gen KIAA0319 con este *Trastorno Extremo de la Lectura*. Llegaron a la conclusión de que sus datos relacionarían firmemente a ese gen con la susceptibilidad a la Dislexia del Desarrollo. Sin embargo, los propios autores reconocen que la función específica de este gen es aún desconocida.

Poco, todavía hay muy poco para afirmar que esa entidad es genética y, por lo tanto, que su existencia estaría demostrada. Sin contar con que la asociación con un patrón genético no constituye certificado de nacimiento de ninguna enfermedad...

Aquí es necesario otro paréntesis. Supongamos que se comprobara la asociación de determinado gen en particular (genotipo) con una expresión en el fenotipo. Esto sólo evidenciaría la asociación, así como sucede

con el color de los ojos o el cabello o el formato de los ojos, sin significar que esta manifestación sea patológica. La prueba de que un conjunto de signos, síntomas, alteraciones de examen físico y pruebas de laboratorio constituye una enfermedad pasa por otros caminos, dentro de la racionalidad médica. Este es uno de los grandes errores de concepto en esta área. No tiene sentido buscar la causa genética de algo tan pobremente conceptualizado, mal definido y mal diagnosticado/rotulado... Quizá ésta sea la ocasión para preguntarnos a quiénes sirven tantos investigadores de prestigio, manteniendo y amplificando en el ideario de la vida cotidiana que los seres humanos son homogéneos. Obedeciendo a un único patrón de comportamiento y pensamiento, es que la pluralidad y la diversidad se convierten en enfermedad.

Incluso en el caso de que se comprobase definitivamente la asociación con un único gen, sólo se podría decir que una cierta forma de aprender y hacer frente a la lengua escrita estaría determinada genéticamente, pero ¿quién dice que sólo una forma de aprender es normal y todas las otras patológicas? Incluso eso, que implica tan poco, sólo podría ser pensado, si fuera posible eliminar de esta ecuación los otros aspectos: la enseñanza, la escuela, los valores, la cultura, los prejuicios, la falta de accesibilidad...

Se puede encontrar un punto positivo en el trabajo de revisión sobre los 4 genes más frecuentemente mencionados, realizado por Fisher y Francks (2006): manifiesta que se trata de *genes candidatos*, aunque en medio de frases que afirman, categóricamente, que está “bien establecido que factores hereditarios contribuyen a la susceptibilidad a la Dislexia”. Otro punto interesante y también explicitado: se admite que interfieren en la migración de las neuronas y el establecimiento de las sinapsis, en hipótesis intrigante, según los autores, ya que ninguno de ellos está vinculado a los circuitos neuronales relacionados con la lectura, ni siquiera con el cerebro humano. ¿No están relacionados con el cerebro, pero pueden interferir con la migración de las neuronas?

Una última obra merece ser revisada, para mostrar las diferencias de opiniones en la literatura del área. Mediante el estudio de los mismos cuatro genes (de DYX1C1, KIAA0319, DCDC2 y ROBO1) analizados por Fisher y Francks (2006), Galaburda et al. (2006) afirman que los mismos están involucrados en el desarrollo cerebral, y hacen hincapié en que las

variaciones de este desarrollo son el sustrato biológico (leer anatómico) de la *Dislexia de Desarrollo*, definida como un trastorno que se caracterizaría por dificultades en el aprendizaje de la lectura. Es de destacar que los autores hablan de variaciones anatómicas de desarrollo, lo que confirma que no podrá ser considerado patológico. Pues bien, entonces, ¿una enfermedad neurológica puede ser causada por variaciones que no llegan a ser patológicas?

¿Cómo caracterizar con precisión tales dificultades, excluyendo todos los factores externos al desarrollo anatómico del cerebro, tal como se supone que se debe hacer en el campo científico? Porque para decir que una persona tiene dificultad en el aprendizaje, el factor *enseñaje* tendría que estar “funcionando armoniosamente”, para usar terminología apropiada a una lógica funcionalista. Más aún, se entiende que entre aquellos que no aprenden bien, sólo se estaría trabajando con aquellos que no aprenden por un problema neurológico, es decir, que se han excluido los aspectos emocionales, culturales, de sumisión, de resistencia, etc. Pensando desde el interior de la racionalidad médica, se requieren los criterios que sustentan tal diagnóstico; no se debe aceptar esta tranquilidad que calma las conciencias...

A partir de las investigaciones de procesamiento auditivo³¹ en *estudios con animales*, Galaburda et al (2006) han extrapolado los datos a los seres humanos, sistematizando una hipótesis que ya ha permeado subliminalmente otros textos: el intento de enlazar cuatro genes con variaciones en el desarrollo anatómico cerebral y los *trastornos* de conducta y cognitivos asociados a la *Dislexia del Desarrollo* y al TDAH.

Investigaciones en animales, luego extrapoladas a seres humanos. Pero ¿extrapolar el comportamiento y la cognición? ¿Lectura y dificultad de lectura en animales? ¿Dificultad de aprendizaje de lectura en animales?! ¿No será demasiado?

CON LA NEUROIMAGEN, NADIE QUEDA EXENTO...

*Não livra ninguém, todo mundo tem remela, quando
acorda às seis da matina, teve escarlatina, ou tem febre
amarela, só a bailarina que não tem.*³²

Con el desarrollo tecnológico, existen algunos exámenes que pueden medir la intensidad del metabolismo de las células de un determinado órgano, lo que reflejaría su grado de funcionamiento. En los tres exámenes más importantes - RMN funcional, SPECT y PET³³ - estos resultados son procesados y presentados en las imágenes digitales, enriqueciendo las posibilidades de investigación y diagnóstico médico. Cuando se aplica en el área de la neurología, se llama neuroimagen y, en este caso también, ha facilitado la detección precoz de alteraciones, tales como tumores, secuelas de accidentes vasculares, etc.

Esta breve introducción tiene como propósito dejar en claro que, bien utilizadas, estas son técnicas que permiten una atención médica de mejor calidad. El problema no radica en los exámenes, en la tecnología en sí misma, sino en el uso que se hace de ellas. Y una de las consecuencias más evidentes y perniciosas es exactamente la amplificación de la medicalización de la vida.

La avanzada tecnológica permite que los médicos busquen en profundidad aquellas cosas que están erradas. Podemos detectar marcadores en la sangre. Podemos guiar aparatos de fibra óptica dentro de cualquier orificio. Además, la tomografía computarizada, ultrasonido, resonancia magnética y la tomografía por emisión de positrones permiten a los médicos exponer, con precisión, tenues defectos estructurales del organismo. Estas tecnologías hacen posible cualquier diagnóstico en cualquier persona: artritis en personas sin dolor en las articulaciones, úlcera en personas sin dolor en el estómago y cáncer de próstata en millones de personas que, de no ser por las pruebas, vivirían de la misma manera y sin ser considerados pacientes con cáncer. (Welch et al, 2008).

Lo que ocurrió en el campo del comportamiento y del aprendizaje, se añade aquí a la creciente exigencia de maneras de ser y llevar la vida cada vez más y más estandarizadas; las personas deben ajustarse al modelo, en vez de que la sociedad se organice y rija por el principio de acogida a

todos en sus diversidades, proporcionando las condiciones necesarias para su realización como seres humanos.

Los exámenes que se proponen evaluar las funciones de un determinado órgano o sistema presentan una particularidad: es fundamental que el órgano o sistema en cuestión *esté en funcionamiento*, es decir, que deben ser activados por estímulos adecuados con el fin de desencadenar la función que se desea estudiar en el momento preciso en que se produce el examen.

Este hecho, algo evidente, crea un obstáculo insuperable para nuestro asunto: si lo que se quiere es evaluar las áreas y funciones cerebrales implicadas en el campo de la lengua escrita, dichas áreas y funciones deben activarse exactamente mediante el lenguaje escrito. Por lo tanto, el resultado se verá comprometido en todos los que no saben leer, independientemente de la causa o motivo. Incluso en aquellos que no saben leer el texto presentado en el examen sólo porque está escrito en un idioma que les es desconocido. Entonces, ¿cómo puede el examen evaluar la presencia de una supuesta enfermedad neurológica que comprometería este dominio?

Volvamos a nuestro desafío, que se ha repetido en este texto: admitiendo que esta enfermedad existe, lógicamente en tasas que serían mucho menores al 10% / 12% anunciados, ¿cómo distinguir entre una persona con este problema, de una que se encuentra mal alfabetizada?

Se dice que en las personas con un diagnóstico de dislexia del desarrollo y/o el TDAH, los estudios de neuroimagen muestran escasa función en áreas del cerebro implicadas en la atención (y también con el lenguaje escrito en el caso de la dislexia), lo que confirmaría la existencia de las enfermedades supuestas³⁴. Sin embargo, en las funciones cerebrales nada es tan simple y lineal: frente a un texto en una lengua desconocida, saludablemente, *desconectamos* y nuestro pensamiento vuela por otros paisajes; en ese momento un examen de neuroimagen mostraría que las zonas de atención y de lectura estarían funcionando poco. Pero ¿eso no es lo que sucede en los que no saben leer? Y ¿no dicen que la *Dislexia del Desarrollo* se caracteriza por alteraciones extremas en el aprendizaje de la lectura? Entonces, tales resultados ¿no serían totalmente predecibles, porque son obvios? Coles (1987) informa que en *estadounidenses buenos lectores*, el resultado del PET fue normal cuando se les pidió que leyeran el texto en

inglés; cuando recibieron un texto en español (que no conocían), el resultado fue exactamente aquel que *es típico de la Dislexia*. Simplemente debido a que leer no es sólo observar; por el contrario, además de suponer que se observa y se sabe leer, implica, un número infinito de reacciones en cadena, memoria, afectos, emociones, pérdidas, alegrías, y la propia historia de vida de la persona que lee.

Está muy divulgado por aquellos que defienden la existencia de esta entidad, que el resultado del examen se modifica con el *tratamiento*, como si eso probase la enfermedad (Lozano et al, 2003); sin embargo, es exactamente lo contrario: si el resultado va a cambiar después de que la persona aprende a leer, después de la *terapia* que se resume en intervenciones pedagógicas, se puede cuestionar si el rendimiento en el examen se relaciona con las causas o las consecuencias de no saber leer. En otras palabras, ¿aprender a leer hace que los estudios de neuroimagen muestren activación de áreas relacionadas a la lectura?! ¿Aprender normaliza el examen y cura la enfermedad?!

No obstante, los investigadores que quieren probar la existencia de la Dislexia con exámenes de neuroimagen, no piden que el paciente potencial sólo lea un texto; se le exige mucho más, tareas complejas incluso para aquellos que dominan la lengua escrita. Sólo como ejemplo:

Las diferencias se presentan en las tareas de **rima de letras y rima de pseudo-palabras y en las tareas que requieren conversión de ortográfico a fonológico**, donde los disléxicos mostraron una menor activación de las áreas. Las conclusiones de Shaywitz et al (1998) apoyan la **hipótesis** de alteración en el procesamiento fonológico y existencia de áreas estrechamente relacionadas con dislexia del desarrollo. (Lozano et al., 2003)³⁵

Rimar pseudopalabras exige construir rimas con palabras que no existen, y cuya lectura por sí sola ya es más difícil, ya que se escapa del proceso frecuente en la vida diaria, implica adivinación de la palabra por la combinación de su gestalt con sentido en la frase. Para responder si las letras T y V riman (ejemplo de la rima de letras, de acuerdo a los autores) ¿debe obedecerse a qué lógica, qué consenso general, no exclusivo de lingüistas y fonaudiólogos? ¿Qué es rima de letras? Más aún, la conversión de ortográfico a fonológico presupone un dominio bien establecido de lectura

y escritura, además de conocimientos específicos del área de la lingüística; además, ¿el campo ortográfico existe sólo en la escritura, estando ausente en el discurso?

¿Cuántos de nosotros, supuestamente normales, pasaríamos estas pruebas?

Y aún así, todavía se está sólo en el terreno de las hipótesis, lejos de la certeza, exhibida hasta con arrogancia, por parte de los profesionales que tratan de defender/vender su actuación.

Por otra parte, la interpretación de los exámenes de neuroimagen exige cautela, porque el resultado es la sustracción de la imagen de activación en situación de control, de la imagen de activación en una situación de prueba; Kristensen et al (2001) advierten que el proceso equivalente se debe hacer en el comportamiento/función testeado, ya que la interpretación puede quedar comprometida por la falta de tareas cognitivas y modelo adecuado.

Existen limitaciones inherentes a las propias técnicas que no deben ser subestimadas. La resolución temporal en el uso de PET, por ejemplo, todavía es muy incipiente (mayor a diez segundos) para evaluar los procesos cognitivos cuya escala de tiempo no supera un segundo (Démonet, 1998). Otras variables implicadas pueden ayudar a disminuir la posibilidad de la generalización de los resultados. (...) Como consecuencia de ello, se identifica en la literatura cierta inconsistencia entre los resultados descritos por investigadores de forma independiente. (Kristensen et al, 2001, p. 268)

El uso de neuroimágenes para diagnóstico de TDAH es útil para comprender que vivimos en una época en la que la biologización y homogenización de comportamientos se amplifica en escala logarítmica. Para tratar de explicar las diferencias en la literatura científica y, principalmente, los fracasos de tratamiento medicamentosos, algunos autores asumen que el TDAH no es una enfermedad uniforme, sino que tiene varios patrones, tanto en términos de comportamiento como en estudios de neuroimagen y respuesta a los medicamentos. Para muchos, en los casos más complicados, los estudios de neuroimagen serían fundamentales para llegar a un diagnóstico correcto y, en consecuencia, administrar la droga adecuada. Amen³⁶ afirma que existen seis subtipos: 1) TDAH combinado, con síntomas de falta de atención e hiperactividad/impulsividad combinados;

2) TDAH tipo primariamente desatento; 3) TDA “súper enfocado”: *desvío alarmante de la atención, inflexibilidad cognitiva, excesiva preocupación, comportamiento polémico y opositorista*; 4) TDA del lóbulo temporal; 5) TDA límbico; 6) TDA “anillo de fuego”: comportamiento de oposición severa, distracción, irritabilidad, cambios de humor.

Conociendo la historia, se infiere que esta entidad está siendo construida con omisiones deliberadas, distorsiones, mistificación de personas y hechos, culminando con la creación de un mundo artificial, donde cualquier desviación del homogéneo pretendido es transformada en enfermedad. Para este mundo, la amnesia social y científica es fundamental.

Se elabora una hipótesis sin ninguna evidencia empírica que la sostenga; convencidos de su perfección, los científicos pasan a observar la realidad bajo el sesgo de su creencia; en la búsqueda de elementos que confirmen su hipótesis inicial, deforman la realidad y esa realidad deformada es, a su vez, la prueba empírica de la hipótesis, confiriéndole el status de ciencia. Transformada en verdad, funciona aún más sobre la realidad, deformándola más y más. Las nuevas observaciones de la realidad así artificializada permiten modificaciones, evoluciones en la teoría, con explicaciones fisiopatológicas cada vez más sofisticadas, complejas, atractivas. Se crea una espiral viciada, con nuevas máscaras para la misma vieja idea que nunca se comprobó. (Moysés y Collares, 1992, p. 40).

Un trabajo de autores brasileños ilustra muy bien cómo este proceso no sólo persiste, sino que se amplificó; lidiamos aquí con un campo enraizado en el suelo de los dogmas y la fe, por fuera de la ciencia.

Sauer et al (2006) evaluaron a 36 niños, divididos en dos grupos: 18 con diagnóstico de dislexia (sólo esto, diagnosticados y ¡punto final!) y 18 “normales”; todos fueron sometidos a la prueba del procesamiento auditivo, pero el examen de neuroimagen (SPECT) se efectuó sólo en el grupo con diagnóstico de supuesta dislexia; el resultado de SPECT se comparó con el patrón del examen y no con los niños del grupo control, lo que escapa del rigor que se exige en los estudios epidemiológicos³⁷. Entre los 18 niños categorizados como disléxicos, el SPECT fue normal en nueve (el 50%), con alteraciones en el otro 50%; de éstos, tres mostraron hipoperfusión en la región media del lóbulo temporal izquierdo; dos de ellos, en otras áreas del lóbulo temporal izquierdo; uno, en lóbulo temporal derecho, y uno, en los dos lóbulos temporales y en otros lóbulos,

dos en otros lóbulos. El tratamiento estadístico no mostró correlaciones significativas entre los resultados de SPECT y el diagnóstico de dislexia, ni tampoco con el procesamiento auditivo, como podía preverse con esa distribución de SPECT.

Además de ser un pequeño número de sujetos, sin cálculo de la muestra ni selección casual, este pequeño número fue comparado con un “patrón” de examen; este “patrón”, a su vez, con certeza no incluyó en su muestra personas que simplemente no supieran leer, sin estar enfermas. En otras palabras, ¿cuál es el patrón normal de los exámenes de las personas analfabetas o casi analfabetas? Luego, para complicar las cosas un poco más, ¿cuántas personas absolutamente normales, buenos lectores, presentan alteraciones en ese examen? Recuérdense los datos de Coles (1987), citados arriba, sobre el cambio en el patrón de examen cuando se presentan textos en idiomas conocidos o desconocidos; añádase que el examen se ha hecho exigiendo tareas mucho más complejas que la simple lectura de un texto, para concluir que, al igual que ocurre con cualquier actividad intelectual y cualquier modo de evaluación intelectual, el resultado puede variar de acuerdo al horario, la motivación, la ansiedad, la artificialidad y muchos otros factores. Por lo tanto, la respuesta a la pregunta anterior será que, probablemente muchos buenos lectores, sino la mayoría, puede recibir un resultado de anormalidad en un examen de neuroimagen dirigido a evaluar sus funciones cognitivas.

Entretanto, no sólo haciendo caso omiso de sus propios datos, ya sesgados, sino provocándolos, los autores dicen:

Se observó que el 50% de los exámenes se mostraron alterados, en la mayoría de los casos (7 de 9 exámenes alterados) con hipoperfusión en áreas del lóbulo temporal izquierdo. (...) Concluimos que los niños con dislexia tienen alteraciones del procesamiento neurológico central que pueden ser detectadas por pruebas específicas de procesamiento auditivo, como los exámenes de imágenes funcionales tales como el SPECT. (Sauer, 2006, p.109)

Así pues, no se libra nadie. Ni la bailarina...

LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA Y SUS RELACIONES NADA DELICADAS...

*Transformam o país inteiro num puteiro, pois assim se ganha mais dinheiro.*³⁸

Este círculo vicioso en el que el presente repite el pasado y amenaza el futuro, lanza una telaraña sobre todos nosotros. Se apropia de profesionales de distintas áreas: algunos rehenes de su falta de formación profesional; muchos otros, voluntarios en su celda de lujo, de la cual poseen la clave y los códigos; la mayoría, en una especie de servidumbre voluntaria, en la que se permite un único horizonte, ocupados en las planillas de atención y los números... Aprisionados, pasan a constituir y estar constituidos por la propia telaraña, lista para apresar a cualquiera que considere que no se encuadra en las normas establecidas...

El tratamiento propuesto para las personas que caen en esta tela será siempre multidisciplinario. Después de todo, debemos mantener satisfechos y sin muchas controversias entre sí, a todos los profesionales de la red: neurólogos, psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, psicomotricistas y, a veces incluso pedagogos... Sin importar en qué área la persona presente problemas o dificultades, el "tratamiento" será siempre en equipo, largo y, sobre todo, muy caro.

Detrás del equipo, menos visible, está la estructura que mantiene la telaraña: la industria farmacéutica, interesada en ampliar el número de personas aprisionadas y apropiadas.

Moynihan y Cassels, periodistas que se han dedicado a revelar las estrategias de la industria para crear y vender enfermedades con el fin de incrementar sus ganancias, nos ayudan a comprender sus modos de actuar, y la amplificación de la medicalización, a un ritmo asombroso, atravesada por intereses financieros:

Las estrategias de *marketing* de las compañías farmacéuticas más grandes buscan ahora, y de una forma agresiva, personas sanas. Los altibajos de la vida cotidiana se han convertido en problemas mentales. Las quejas totalmente comunes, se convierten en síndromes de pánico. Las personas normales son transformadas, cada vez más, en enfermas. En medio de las campañas de promoción, la industria farmacéutica, que mueve cerca de 500 billones de dólares anuales, explota nues-

tros más profundos temores a la muerte, a la decadencia física y a la enfermedad, transformando, literalmente, lo que significa ser humano. Recompensados con toda razón cuando salvan vidas y reducen el sufrimiento, los gigantes farmacéuticos no se conforman más con vender a quienes lo necesitan. Por la pura y simple razón de que, como bien sabe Wall Street, resulta muy lucrativo decir que las personas sanas están enfermas. (...) Bajo la dirección de especialistas en marketing de la industria farmacéutica, los expertos médicos y los gurúes se sientan alrededor de una mesa para "crear nuevas ideas acerca de las enfermedades y estados de salud". El objetivo es hacer que los clientes de estas empresas dispongan, en todo el mundo, "de una nueva forma de pensar en estos temas". El objetivo es, siempre, establecer una conexión entre el estado de salud y el medicamento, con el fin de optimizar las ventas. (Moynihan y Cassels, 2007, p. 151)

En octubre de 1995, el organismo gubernamental encargado de supervisar y controlar los medicamentos en los Estados Unidos de América, la *Drug Enforcement Administration* (DEA), vinculada al Departamento de Justicia, advirtió:

Grupos de apoyo y asesoramiento tienen un papel importante en la circulación de la información sobre el ADHD y su tratamiento. En los últimos años ha habido un gran aumento en el número de miembros de estas organizaciones y la participación en sus actividades. Children and Adults with Attention Deficit Disorder (CHADD) es la mayor organización de soporte del país. CHADD es una asociación de más de 28.000 miembros y cuenta con 600 filiales en todo el país. (...)

Recientemente ha llamado la atención de la DEA que Ciba-Geigy (fabricante del producto base de metilfenidato bajo el nombre comercial Ritalin®) aportó US\$ 748.000,00 para el CHADD, en el período de 1991 a 1994. LA DEA sabe que la profundidad de la relación financiera con la empresa no es conocida por el público, incluyendo miembros de CHADD que se han apoyado en la Organización como una guía para el diagnóstico y tratamiento de sus hijos.

Una reciente comunicación de la United Nations International Narcotics Control Board (INCB) expresó su preocupación con respecto a organizaciones no gubernamentales y asociaciones de padres que están haciendo un "lobby" activo para el uso médico de metilfenidato en los niños con TDAH. (...) El portavoz de Ciba-Geigy dice que "el CHADD es esencialmente un canal para el suministro de información a la población de pacientes." La relación entre Ciba-Geigy y el CHADD plantea serias dudas sobre las razones del CHADD para su proselitismo en cuanto al uso de Ritalina®. (U. S. Department of Justice, DEA, 1995; traducción personal).

El modelo se reproduce en varios países, incluyendo Brasil. Las organizaciones no gubernamentales se constituyen incorporando a padres de niños y adolescentes etiquetados, portadores de la supuesta enfermedad, y a profesionales interesados en ayudarlos; en general, las asociaciones están presididas por los legos; los profesionales conforman el marco de la junta ejecutiva y asesores científicos, siempre en carácter de trabajo voluntario.

El mismo texto publicado por la DEA constató el *“aumento espectacular en el uso de metilfenidato”* en los Estados Unidos de América. Entre 1990 y 1995, hubo un 600% de aumento en la producción y el consumo de la droga; según las estadísticas de la ONU de 1993 sobre el uso de medicamentos psicotrópicos, la producción y el consumo estadounidense era cinco veces más alto que en todo el resto del mundo. Por una increíble coincidencia, el CHADD condujo, en colaboración con la Academia Americana de Neurología, una petición a la DEA para que el metilfenidato se reclasificara dentro de la CSA (*Controlled Substances Act* - La Ley de sustancias controladas), de nivel II (junto con el consumo de anfetaminas y metanfetaminas, debido a su similitud química y farmacológica) para el nivel III, en el que el control es inferior. Tampoco sorprende que la CHADD niegue cualquier relación de su iniciativa con las contribuciones financieras de Ciba-Geigy (actualmente Novartis). La solicitud no fue atendida.

En Brasil, se repite la historia. Publicaciones y tesis, en particular en el campo de la neurología y la psiquiatría, insisten en divulgar el perjuicio causado a los supuestos pacientes y sus familias, por la exigencia de prescripción de medicamentos en recetarios controlados. Algunos autores incluso llegan a ser incisivos en sus conclusiones: “El perfil de efectos secundarios del metilfenidato es seguro, y no parece estar justificado su uso acotado en Brasil, en comparación con los fuertes beneficios demostrados ampliamente en la literatura científica.” (Pastura y Mattos, 2004, p.100)

El acceso a la información sobre producción y consumo de medicamentos en Brasil es mucho más difícil; qué decir de los datos sobre las relaciones, las contribuciones y afinidad entre industria farmacéutica y organizaciones vinculadas a los rótulos de dislexia y TDAH. En 2008, la red de televisión *Bandeirantes* comenzó una serie de reportajes titulados “Receta Marcada”. La facturación anual de la industria farmacéutica en Brasil llegó a R\$ 28 billones, 30% está destinado al *marketing*, que incluye

regalos, cenas, pasajes para congresos, siempre gratuitos, para médicos seleccionados. ¿Cómo es la selección? Aquellos que más prescriben los medicamentos de la industria en cuestión. ¿Y cómo sabe la industria? Muy sencillo: *“negocia copias de las recetas médicas con las farmacias”* (Jornal da Band, 2/7/2008)

Otra evidencia de la promiscuidad entre las industrias farmacéuticas y algunas organizaciones no gubernamentales dedicadas a la atención de esa grande y lucrativa parte de la población de jóvenes y adolescentes, está en la propia página electrónica³⁹ de la Asociación Brasileña de Déficit de Atención (ABDA), en la que se subraya lo que llaman “empresas acompañantes”: Novartis y Janssen-Cilag, industrias farmacéuticas fabricantes de productos comerciales basados en el metilfenidato.

Algunos datos ilustran el éxito de las estrategias de los “vendedores de enfermedades”, utilizando la expresión acuñada por Moynihan y Cassels (2007):

1. La producción mundial de metilfenidato (MPH), la droga más consumida por las personas etiquetadas como portadores de TDAH, creció un 400% entre 1993 y 2003.
2. En los Estados Unidos de América:
 - a. La producción de MPH creció más del 800% entre 1990 y 2000; la producción de anfetaminas creció más de 2.000% en el mismo período. (EE.UU. Departamento de Justicia, DEA, 2000).
 - b. El consumo de MPH creció un 600% entre 1990 y 1995; en 1995, correspondía a más de un 80% del consumo mundial. (U. S. Department of Justice, DEA, 1995).
 - c. En 1995, de 10 a 12% de los niños de entre 6 y 14 años tenía el diagnóstico de TDAH y recibía MPH. (Breggin, 1999b).
 - d. El número de personas diagnosticadas con TDAH pasó de 500.000 en 1985 a 7.000.000 en 1999. (Breggin, 1999b).
 - e. El número de personas medicados con Ritalin® en 2007 fue 6.000.000; 4.750.000 eran niños, siendo 3.800.000 varones⁴⁰.
3. Entre 1992 y 2001, el consumo en España creció un 8% al año. (Criado-Álvarez y Romo-Barrientos, 2003).

4. En Portugal, 400 niños tomaron MPH en 2003; eran 3.000 en el 2004 y entre 6.000 y 8.000 en 2006 (Campos, 2007).
5. En Brasil, las ventas de MPH crecieron a un ritmo asombroso: 71.000 cajas de Ritalin® en el año 2000 y 739.000 en 2004 (un aumento del 940%); entre 2003 y 2004, aumentó en un 51%. En 2008, se vendieron 1.147.000 cajas, bajo los nombres Ritalin® y Concerta®; un aumento de 1.616 % desde el año 2000. En 2010, las ventas sobrepasaron los 2 millones de cajas. En ese año se gastaron unos 88 millones de reales en la compra de metilfenidato.⁴¹

Con estos pocos indicadores, tal vez los estudios de Moynihan y Cassels (2007) pasen a merecer credibilidad. Según los autores, puede parecer extraño que las industrias farmacéuticas traten de crear nuevas enfermedades, pero esto es moneda corriente en el medio, que se traduce en miles de millones de dólares al año. La estrategia, que consta en el informe de *Business Insight*, consiste en cambiar la forma en que las personas hacen frente a sus problemas reales, hasta entonces considerados como simples malestares, convenciéndolas de que son dignos de intervención médica.

Celebrando el éxito en el desarrollo de los mercados lucrativos ligados a los nuevos problemas de salud, el informe mostró un gran optimismo en relación con el futuro financiero de la industria farmacéutica: “Los próximos años evidenciarán, de forma privilegiada, la creación de enfermedades patrocinadas por la empresa. (Moynihan y Cassels, 2007, p. 153)

Ahora podemos entrar en la discusión sobre los efectos de estas drogas en la vida de las personas que sufren estos tratamientos.

ES PRECISO CONTROLAR, NO ES PRECISO VIVIR...

*This world ain't safe.
Any day this might be your last day.
As a cocaine cowboy.*⁴²

El tratamiento difundido para el TDAH –recordar que también incluiría la Dislexia del desarrollo– se basa en la ingesta de psicotrópicos estimulantes del sistema nervioso central, destacándose dos drogas principalmente: Metilfenidato (MPH) y Dextro-anfetamina (D-anfetamina)⁴³.

El MPH es la droga más usada, comercializada en Brasil (y en los países de habla hispana) como Ritalina® y, más recientemente, Concerta®. Las demás, todavía no fueron liberadas en Brasil. La D-anfetamina es bastante usada en EUA, como Adderall®.

El mecanismo de acción del MPH y de las anfetaminas es exactamente el mismo que el de la cocaína: poderosos estimulantes que aumentan la atención y la productividad. Con una estructura química semejante, esas sustancias aumentan los niveles de dopamina en el cerebro, por el bloqueo de su recaptación en las sinapsis neuronales. Recuerden que la dopamina es un neurotransmisor responsable de la sensación de placer. Como consecuencia de este aumento artificial, el cerebro se vuelve insensible a las situaciones cotidianas de la vida que provocan placer, como los alimentos, las emociones, las interacciones sociales, los afectos, lo que lleva a una búsqueda continua de placer artificial provocado por la droga, pudiendo culminar en la drogadicción. Más allá de eso, se especula con aumentos innecesarios de dopamina durante la infancia que podrían alterar el desarrollo del cerebro. Como se acostumbra retirar la medicación alrededor de los 18 años, esos jóvenes pueden convertirse en adictos en la vida adulta, como modo de sustituir la “droga legal” que consumieron durante años.⁴⁴

Las reacciones adversas del MPH son innumerables y bastante graves, al contrario de lo que suelen afirmar los que defienden su uso. Afectan, prácticamente, todos los aparatos y sistemas del cuerpo humano.

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

(Brogini, 1999b, p. 5, traducción personal)

Revisiones de publicaciones más recientes, en especial de periódicos altamente conceptuados en el campo científico, confirman los mismos datos.

Advokat (2007) realizó una revisión de artículos de investigación en varias bases de datos de literatura médica, sobre los efectos de las anfetaminas en el cerebro de animales de laboratorio y personas con diagnóstico de TDAH; el objetivo era obtener información sobre las consecuencias neurológicas de ese tratamiento, a largo plazo. Destacamos que el autor, en ningún momento, cuestiona el diagnóstico, tampoco informa los procedimientos ni los criterios en los cuales se basó. En los estudios iniciales, usando altas dosis de droga, las vías dopaminérgicas cerebrales se lesionaban. En estudios más recientes, usando dosis menores, comparables a las terapéuticas actuales, los resultados fueron contradictorios: un grupo de trabajos mostró reducciones significativas en la dopamina en el cuerpo estriado después de la ingesta oral de la droga; otro grupo mostro señales de crecimiento dendrítico en el cerebro de primates luego de inyecciones simulando el uso terapéutico. La conclusión del autor es clara: es necesario profundizar estudios sobre las consecuencias cerebrales del tratamiento crónico con anfetaminas.

Para elucidar si la droga MPH interfiere con el crecimiento en peso y estatura, Faraone y cols. (2008) realizaron un análisis cuantitativo de estudios longitudinales sobre déficits en el crecimiento esperado entre niños diagnosticados como TDAH, tratados con psicoestimulantes. Destacamos que los autores inician el texto afirmando que los estimulantes son efectivos en el tratamiento del TDAH, sin embargo, subrayan preocupaciones sobre los efectos en el crecimiento. A partir de criterios bien definidos para la inclusión de artículos en su estudio, los autores refieren que el análisis reveló que el tratamiento con psicoestimulantes provoca retardos estadísticamente significativos en estatura y peso, con tendencia a la atenuación de esos déficits con el paso del tiempo. Los datos mostraban también que no existe diferencia entre Metilfenidato y anfetaminas, y que el déficit tiende a ser dosis-dependiente. Luego de llegar a especular si el TDAH en sí no podría estar asociado a la desregulación del crecimiento –hipótesis comúnmente utilizada por quienes insisten en tratar niños y adolescentes con psicoestimulantes– los autores concluyen que el consu-

mo de estimulantes en la infancia reduce “modestamente” el crecimiento en estatura y peso, siendo necesario continuar investigando para elucidar los efectos en tratamientos a largo plazo.

Roelands y cols. (2008) estudiaron los efectos del MPH en atletas, en función de su uso creciente en la búsqueda de mejor desempeño y mayor competitividad, ya que la inhibición de la recaptación de dopamina/noradrenalina en las sinapsis, mejora significativamente el desempeño y aumenta la temperatura corporal en el calor. Fueron estudiados 18 ciclistas adultos saludables y bien entrenados, recibiendo placebo o Metilfenidato una hora antes del ejercicio en temperatura ambiente entre 18° y 30°C. Los resultados mostraron que el MPH tiene efecto ergogénico claro a 30°C, no apareciendo a los 18°C. Para los autores, la combinación de la inhibición de recaptación de dopamina y el ejercicio en altas temperaturas mejora el desempeño y eleva la temperatura corpórea, sin que el individuo perciba el esfuerzo o estrés térmico, lo que aumenta el riesgo de hipertermia durante el ejercicio en personas que consumen drogas de este tipo.

A propósito, recuérdense los grandes números de muerte súbita de niños y adolescentes en tratamiento con MPH o D-anfetamina por una supuesta enfermedad neurológica⁴⁵. Este hecho puede ser encontrado fácilmente en revisiones de literatura científica, incluso en autores que preconizan su uso.

El tratamiento estándar para el TDAH en niños y adultos consiste en estimulantes, como el metilfenidato o la dextro-anfetamina. Estos medicamentos son útiles para muchas personas, pero pueden hacer a otras personas con TDAH típico empeorar. Algunas reacciones negativas a estos medicamentos pueden ser extremas, como alucinaciones, descontrol violento, temperamento volátil, psicosis y comportamiento suicida.⁴⁶

Al contrario de lo que puede parecer, este texto es de un autor que defiende intransigentemente el uso de psicotrópicos en personas que no se adaptan a las normas. El autor es Daniel Amen, neurólogo ya mencionado con anterioridad, dueño de una red de clínicas especializadas en neuroimagen, que tiene como una de sus especialidades el diagnóstico y tratamiento del TDAH. A partir de ahí, él especula que las *reacciones negativas* serían a causa de diagnósticos inadecuados, defendiendo que

existen seis subtipos de TDAH, que sólo podrían ser diagnosticados a través de neuro-imágenes. Partiendo de alguien con conflictos de intereses tan evidentes, sobran los comentarios... Sin embargo, él no se detiene ahí, adhiriendo a la corriente que prescribe MPH y D-anfetamina en niños, agrega que sería necesario el diagnóstico correcto para el tratamiento correcto, que sería diferente según los subtipos:

Subtipo	Tratamiento
1. TDAH combinado (desatención + hiperactividad)	Estimulantes: Metilfenidato o D-anfetamina
2. TDAH desatento	
3. TDA superfocalizado	
4. TDA de lóbulo temporal	Estimulantes + Anticonvulsivantes
5. TDA límbico	Estimulantes + Antidepresivos
6. TDA “anillo de fuego”	a. Antidepresivo + Anticonvulsivante b. Antipsicótico

Sandler y Bodfish (2008) realizaron un estudio piloto comparando eficacia a corto plazo, efectos adversos y aceptabilidad de dos tratamientos de niños y adolescentes diagnosticados como TDAH: con psicoestimulantes en la dosis usual y placebo, en diseño para reducir la dosis de psicoestimulantes al 50%. El diseño del estudio fue adecuado, prospectivo; fue realizado en jóvenes acompañados en una clínica para tratamiento de TDAH, estables, sin ningún cuestionamiento sobre la supuesta enfermedad, el diagnóstico y la necesidad de tratamiento medicamentoso. Cada semana, los jóvenes recibían uno de los tres esquemas terapéuticos diferenciados (dosis total; dosis 50% más placebo o apenas placebo); los padres y médicos conocían el esquema, pero los docentes y los niños no; las evaluaciones eran realizadas semanalmente. Los resultados mostraron que para los padres, que sabían lo que su hijo tomaba a cada momento,

el comportamiento se mantenía igual cuando la dosis de estimulantes fue reducida al 50% y asociada al placebo, empeorando cuando fue administrado sólo placebo. Para los docentes, que ignoraban totalmente lo que los alumnos estaban recibiendo al momento de las evaluaciones semanales, no hubo diferencias significativas entre los tres esquemas terapéuticos. Los datos sobre los efectos adversos fueron registrados semanalmente por la *Escala Pittsburgh de Efectos Colaterales (PSERS)*, se observó que eran estadísticamente más intensos y frecuentes en el esquema de dosis total que en el de dosis 50% + placebo. Los autores concluyen que, incluso cuando el paciente y sus padres saben lo que está tomando, el uso de dosis menores acompañadas de placebo es eficaz y tiene buena tolerancia. La relevancia de este trabajo es mostrar que incluso los profesionales e investigadores, que no cuestionan el diagnóstico y la necesidad de tratamiento medicamentoso, están preocupados por las reacciones adversas del metilfenidato y las anfetaminas y que cuando se usa el método adecuado – doble ciego – los supuestos efectos benéficos de la droga son iguales a los del placebo; la diferencia está en las reacciones adversas.

Pelz y cols. (2008) publicaron un artículo de revisión de literatura científica, comentando las ventajas de la presentación comercial del MPH de acción prolongada, vendido en Brasil y países de habla hispana con el nombre de Ritalina LA® o Concerta®. Entre los beneficios presentados por los autores, está la posibilidad de una única dosis diaria y el mayor tiempo de efectividad de la droga. Entretanto, realizan una “pequeña advertencia” alertando que los efectos colaterales causados por el uso en un período prolongado en el nivel sanguíneo y la acción sobre el cerebro todavía precisan ser estudiados. En otras palabras, una nueva formulación de un psicotrópico del cual se conocen graves reacciones adversas es lanzada al mercado pero todavía no se estudiaron los daños que puede provocar en el cerebro y en la vida de millones de niños y adolescentes.

En la misma línea de incongruencia, Stopper y cols. (2008), después de afirmar que investigadores de Texas encontraron mayor riesgo de daño genómico y de potencial carcinógeno después de tres meses de uso de MPH, relatan que en un estudio semejante no encontraron tales efectos; su conclusión es digna de registro: “no parecen justificados cambios en el tratamiento actual, especialmente porque otros estudios están en pro-

greso y existen esperanzas de que eliminarán cualquier resquicio de duda acerca de las consecuencias potenciales genotóxicas o carcinógenas del Metilfenidato”.

Mientras tanto, ¿nuestros niños deberán seguir tomando una droga que todavía necesita de más estudios?

El Metilfenidato es responsable de otro problema, extremadamente serio: 30 a 50% de los jóvenes en tratamiento en clínicas para adictos, refieren haber hecho uso abusivo de Ritalina®, que se ha tornado la droga de elección preferencial en la población adolescente, por ser relativamente económica, accesible y, principalmente, por ser percibida como segura ya que es prescrita por los médicos. Confrontados con esos datos, los autores que defienden la existencia de esa entidad y la necesidad del tratamiento medicamentoso, plantean que la tendencia a la drogadicción y el comportamiento delincriminal serían signos de TDAH. Sabemos que la Ritalina®, en altas dosis, inyectada o inhalada, es tan adictiva como la cocaína. Conforme el cerebro se adapta a la presencia continua de la droga, ésta afecta a las áreas cerebrales responsables de la memoria, el aprendizaje y los juicios; esas regiones comienzan a alterarse físicamente. La búsqueda de droga se torna casi como un reflejo, mecanismo por el cual un usuario de drogas se torna adicto.⁴⁷

La **anosognosia** es un término médico definido como una situación patológica referida a los pacientes con problemas neurológicos (cognitivos) que no tienen percepción de sus déficits funcionales neurológicos. Es una negación de la propia patología neurológica. Breggin (1999a) utiliza ese concepto para explicar la incapacitación del cerebro a causa de las drogas psiquiátricas, a partir de ahí, crea el concepto de “*anosognosia por intoxicación*” o “*encantamiento por la medicación*” para explicar la falencia en reconocer los peligrosos efectos mentales de las drogas psicoactivas y la tendencia a sobreestimar sus efectos benéficos. Discute los pasos de esa trayectoria: a) falla en la percepción de que se está actuando de modo irracional, peligroso, que se aleja de los patrones; b) falla en la identificación de la medicación como interfiriendo con sus procesos y actividades mentales drásticamente alteradas; c) pensar que la droga es benigna pero incluso cuando a veces creen que es ineficaz, continúan tomándola mientras se deterioran mentalmente; d) en el extremo, tornarse compulsivamente

violentos contra sí mismos o contra otras personas. Para Breggin, ese es uno de los corolarios del “*principio incapacitante del cerebro*”, según el cual todo tratamiento psiquiátrico causa una disfunción cerebral, como su “efecto terapéutico primario”; y el “éxito” del tratamiento ocurriría cuando ese perjuicio es percibido como mejora.

Esto es lo que sucede con el uso de MPH o D-anfetamina en personas rotuladas como portadoras de TDAH. Los efectos terapéuticos tan divulgados y siempre presentados como beneficiosos, en verdad, constituyen señales de toxicidad.

Es preciso resaltar que, según datos revelados por nuestros propios pacientes, muchos niños y jóvenes suspenden por cuenta propia la ingesta de las drogas porque sienten que les hace mal, y destacan a menudo taquicardia, sensación de estar electrificados, de estar amarrados, contenidos en sí mismos, sin poder expresar sus deseos, emociones, angustias, miedos. Se sienten como zombis.

Sin embargo, existen aun más elementos contundentes en esta historia. En septiembre de 2009, el periódico *American Journal of Psychiatry* publicó un artículo de Madelyn Gould (profesora de psiquiatría infantil y epidemiología en Columbia University) y colaboradores, en el que relatan la investigación desarrollada a pedido del *National Institute of Mental Health* (NIMH), para indagar la asociación entre muerte súbita en niños y adolescentes tratados por TDAH y el consumo de psicoestimulantes; 11 casos de muerte súbita de pacientes pediátricos recibiendo metilfenidato fueron registrados por médicos⁴⁸ en el período de enero de 1992 a febrero de 2005; en Florida, el análisis de los datos referentes a 10 años reveló que en los jóvenes que utilizaban estimulantes por un supuesto diagnóstico de TDAH, aumentó un 20% la demanda de servicios de salud de urgencia por problemas cardíacos; en el 2008, la Asociación Americana de Cardiología recomendó la rutina de electrocardiograma antes de prescribir estimulantes u otros psicotrópicos como tratamiento de TDAH en niños.

El fenómeno de muerte súbita y de muerte por problemas cardíacos en edad pediátrica es muy infrecuente – estimado en 0,8 a 8,5 casos por 100.000 pacientes-años – exigiría el estudio de 2 millones de personas-años para la detección de diferencias significativas entre los grupos con o sin uso de estimulantes. Para salvar ese obstáculo, el equipo diseñó un

método de investigación riguroso. Ética y científicamente apuntaron una seria limitación del estudio, debido a que el método epidemiológico es una herramienta poderosa para detectar asociación pero no puede establecer causalidades, concluyen:

Este estudio relata una significativa asociación, o ‘señal’, entre muerte súbita inexplicada y el uso de medicación estimulante, específicamente metilfenidato. A pesar de que los datos tengan limitaciones que impiden una conclusión definitiva, nuestros hallazgos dirigen la atención hacia los riesgos potenciales de medicaciones estimulantes, que exigen atención clínica y más estudios. (Gould y cols., 2009: 1000)

PERO LOS REMEDIOS ¿NO FUNCIONAN?, FINALMENTE ¿QUÉ DEMUESTRAN LAS INVESTIGACIONES?

*Nada ficou no lugar. Eu quero entregar suas mentiras.
[...] Eu vou publicar seus segredos. Eu vou derramar
nos seus planos o resto da minha alegria*⁴⁹

Analicemos la cuestión desde otro ángulo, dejando de lado la ausencia de comprobación acerca de qué es una enfermedad neuropsiquiátrica, la fragilidad del diagnóstico y las reacciones adversas a las drogas psicoactivas.

Suponiendo que esas drogas funcionan ayudando a la mayoría de las personas que reciben ese diagnóstico/etiqueta, independientemente de cuál sea el problema real, quizás funcionan independientemente de las causas.

Frecuentemente somos confrontadas con esta cuestión, surgiendo el argumento inevitable: “está bien, los remedios no son seguros, pero ninguna droga está exenta de efectos secundarios; todas las investigaciones prueban que funcionan, que ayudan a que los niños y jóvenes se concentren y aprendan”.

¿Qué hay de verdadero en estas afirmaciones categóricas de los profesionales cuando plantean que los efectos beneficiosos están comprobados por millares de investigaciones (generalmente se ostentan cerca de 5000 a 10000 investigaciones) y que los efectos negativos son raros y pasajeros?

Al final, ¿Qué demuestran las investigaciones?

Sulzbacher (1973) revisó los trabajos publicados entre 1937 y 1971 respecto al uso clínico de psicotrópicos en niños, con el objetivo de cambiar los comportamientos. De los 756 estudios publicados, 548 (72,5%) eran trabajos no controlados según el método experimental: sólo utilizaban una droga, sin comparación con grupo control (placebo) y/o no utilizaban el modelo “doble-ciego”. Por lo tanto, no tenían ninguna comprobación científica real. Los 123 trabajos restantes fueron analizados relacionando la forma de medir el comportamiento y los resultados presentados. Se encontró una relación inversa, altamente significativa, entre el grado de rigor en la medida de respuesta y el porcentaje de estudios relatando una diferencia con el uso de drogas. Mientras que el 88% de los trabajos que utilizaban “*impresión clínica*” como forma de evaluación, reportaron efectos benéficos de las drogas, apenas el 17% informaron esos efectos cuando fueron utilizados tests psicológicos, con toda la reserva con respecto a las evaluaciones psicológicas estandarizadas. Estos datos son muy diferentes a los que se divulgan.

Desde entonces nada cambió. Por lo menos, no para mejor... Revisiones recientes encontraron que la postura anti-científica no sólo se mantiene, sino que se intensifica.

Thomson y cols. (2009) publicaron una revisión sobre el uso de anfetaminas para el TDAH en *Cochrane Database System Rev.*⁵⁰ Los autores parten del dato de que el diagnóstico de TDAH aumenta en personas con deficiencia intelectual, independientemente de que el tratamiento no haya sido ampliamente testeado en ese grupo de personas⁵¹. Este hecho señala otro de los movimientos de aumento de la extensión de la pretendida enfermedad y, principalmente, de los productos vendidos por la industria farmacéutica. Para realizar el meta-análisis, fueron definidos como criterios de inclusión, que hayan sido estudios controlados y randomizados, publicados o no, en cualquier idioma, en niños o adultos, en los cuales personas categorizadas como TDAH y con deficiencia intelectual fueran tratadas con anfetaminas. Los datos⁵² fueron relevados de forma independiente, por dos revisores, con supervisión de los autores. Como resultado, el meta-análisis no pudo ser realizado porque sólo un estudio cumplía con los criterios de inclusión. Dicho de otro modo, con excepción de una

única investigación, todas las otras no cumplían los criterios de control ni los grupos eran seleccionados de modo aleatorio; criterios elementales en investigaciones epidemiológicas, como ya vimos. La única publicación considerada científica estudió 15 niños, tratados con anfetaminas por apenas una semana; no hubo ninguna diferencia estadísticamente significativa entre anfetamina y placebo para ninguno de los síntomas del TDAH, no obstante se observaron más reacciones adversas con el uso de anfetaminas, como irritabilidad e inestabilidad del humor. Los autores del texto de Cocharne concluyen que hay muy poca evidencia que sustente la efectividad del uso de anfetaminas en personas con deficiencia intelectual y TDAH, siendo necesarias aun más investigaciones.

En octubre de 2011, el golpe final: la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, del *Department of Health and Human Services* del gobierno de Estados Unidos, publicó el más extenso meta-análisis acerca de los resultados de los diferentes tratamientos de niños y adultos con diagnóstico de TDAH⁵³. Esta investigación fue realizada en uno de los más renombrados centros de investigación de meta-análisis del mundo, el *McMaster University Evidence-based Practice Center*. (Charach et al., 2011)

La investigación relevó todo el material publicado sobre la efectividad del tratamiento para TDAH en el período de 1980 a mayo de 2010⁵⁴; cada *paper* fue analizado por dos revisores independientes, a partir de criterios predefinidos bastante claros; las discordancias eran resueltas por un tercer revisor.

Pues bien, de todo lo que fue publicado en 30 años, de las siempre citadas 5 mil, 10 mil investigaciones, apenas 12 – repetimos: **apenas doce investigaciones** – pudieron ser analizadas. ¡Todas las demás fueron descartadas por ausencia de científicidad!

Los autores dividieron el análisis en dos subgrupos: resultados de tratamientos en pre-escolares y en todas las edades.

1. En pre-escolares: nueve investigaciones pudieron ser analizadas tomando en cuenta el SOE (del inglés: “*strenght of evidence*” – fuerza de evidencia) de efectos beneficiosos y en cuanto a los efectos adversos.
 - a) Orientación familiar: alta “SOE” de efectos beneficiosos y ausencia de efectos adversos;

- b) Metilfenidato: baja "SOE" de efectos beneficiosos y presencia de efectos adversos.
2. En todas las edades: tres investigaciones pudieron ser analizadas:
 - a) Metilfenidato: baja SOE de reducción de síntomas;
 - b) Atomoxetina: baja SOE de reducción de síntomas;
 - c) Medicación asociada a intervención psicosocial o comportamental: baja SOE de reducción de síntomas, sin embargo un poco mayor que sólo medicación.
3. Rendimiento escolar: datos no conclusivos;
4. Ninguna comprobación de que el uso de psicoestimulantes mejore la evolución a largo plazo.

El único efecto comprobado de los psicoestimulantes fue la "mejoría" aislada del comportamiento, especialmente en varones en edad escolar. Sin embargo, ¿era ese el objetivo: que dejen de tener mal comportamiento y se encuadren en normas rígidas, que niegan la vida? ¡Entonces, las drogas psicoactivas no funcionan!

El meta-análisis confirma lo que algunos investigadores ya decían hace mucho tiempo. Desde la década de 1970, investigadores informan la ausencia de efectos beneficiosos y la presencia de reacciones adversas con el uso de psicoestimulantes.

A. Sroufe (1973) afirmó que los niños (...) *dejan de creer en su cuerpo y su cerebro, en su capacidad para aprender y controlar sus movimientos, pero sí, en "píldoras mágicas que me hacen un buen chico"*.

En 1978, R. Barkley planteó que (...) *el principal efecto de los estimulantes parece ser más la mejora en el manejo de la clase por parte del docente, que en el rendimiento académico de los niños*.

D. Jacobvtiz (1990) alertó que (...) *los niños se consideran menos felices, menos satisfechos consigo mismos y más disfóricos*.

C. Whalen, (1997) señalaba que (...) *los efectos negativos de la Ritalina® se observan en funciones cognitivas más complejas, tales como la flexibilidad en la resolución de problemas y el pensamiento divergente*.

Niños y jóvenes más obedientes, sin cuestionamientos, sin pensamiento divergente, sin flexibilidad, sin creatividad, sin embargo, obedientes.

Pero nada queda en su lugar, cuando los secretos son revelados, cuando la verdad es publicada: ¡no existe comprobación de que sea una enfermedad, el diagnóstico no se sustenta, el remedio no da mejorías!

¿Y por qué esa moda sólo aumenta ignorando investigaciones realizadas por los propios divulgadores de los trastornos, por los laboratorios farmacéuticos, por investigadores ligados al NIMH (*National Institute of Mental Health*) y al FDA (*Food and Drug Administration*)?

Analicemos algunos de los múltiples datos que no se acostumbran a divulgar.

El NIMH, organismo del gobierno americano y principal entidad responsable por la definición de políticas y prácticas en el campo de la salud mental americana, inició un estudio prospectivo, multicéntrico, de largo plazo sobre el tratamiento de niños y jóvenes diagnosticados/rotulados como portadores de TDAH, titulado "*NIMH Collaborative Multisite Multimodal Treatment Study of Children with ADHD*" (*NIMH MTA Study*)

Mucho se ha hablado sobre los resultados de este estudio. ¡Mucho, pero no todo! Ni todo, ni lo más relevante.

Afirman que los datos muestran que 70 a 90% de los niños responden bien al tratamiento.

Pero no divulgan lo que consta en varios informes de esa investigación: "La eficacia de la medicación estimulante a largo plazo no fue demostrada para ningún área de las funciones cerebrales" (Richters, 1995)

"El uso de medicación fue un marcador significativo, no de evolución positiva, sino de deterioro. Esto es, los participantes usando medicación en un período de 24-36 meses realmente muestran sintomatología acrecentada en relación a los que no tomaron medicación." (Jensen, 2007)

"El uso de medicación está asociado a empeoramiento de la hiperactividad-impulsividad y de síntomas de trastorno opositorista desafiante" (Molina, 2009)

Tampoco se divulga lo que expresa William Pelham, de State University of New York, uno de los principales investigadores del “NIMH MTA Study”:

“Nosotros pensábamos que los niños medicados deberían tener mejores pronósticos a largo plazo. Este no parece ser el caso. No existe ningún efecto positivo. A corto plazo, la medicación puede ayudar al niño a comportarse mejor, pero no en el largo plazo. Esta información debe ser dada claramente a los padres”⁵⁵ (Whitaker, 2010, p. 227)

Sin embargo, por increíble que parezca, todavía puede ser peor.

La epidemia de trastorno bipolar en niños y adolescentes puede ser parcialmente explicada por la mayor elasticidad de criterios, transformados, a sabiendas, en más abarcativos, de modo de incluir (excluyendo) una franja etaria hasta entonces protegida (hasta hace muy poco no se admitían diagnósticos de bipolaridad antes de los 13 años de edad). No obstante, esto daría una explicación apenas parcial.

Analicemos la cronología de algunas investigaciones:

- a) Emslie (1997): en estudios de Eli Lilly, 6% de los niños tratados con Prozac sufren episodios maníacos.
- b) Del Bello (2001): 92% de los adolescentes internados recibían estimulantes y “esas drogas pueden desencadenar depresión o manía en niños que, de otro modo, no desarrollarían trastorno bipolar”.
- c) El-Mallakh (2002): 62% de 79 jóvenes bipolares tomaban estimulantes o antidepresivos.
- d) Faedda (2004): 84% de los niños tratados por bipolaridad en la clínica para los trastornos del ánimo “Luci Bini” de Nueva York, recibían drogas psiquiátricas.
- e) Gelperin (2006): FDA alerta sobre el riesgo de episodios psicóticos en niños tratados con estimulantes, especialmente en niños menores de 10 años.

¿Hasta cuándo niños y jóvenes continuarán siendo químicamente contenidos, iatrogénicamente drogados? ¿Hasta cuándo sus vidas serán el combustible para las hornallas de hacer dinero de los vendedores de enfermedades?

¡EUREKA! VENDER REMEDIOS A PERSONAS SALUDABLES

*There's nothing wrong with me There's something wrong with you Wrong with you and I When we're crying for our next fix.*⁵⁶

La discusión de Breggin (1999a) sobre la anosognosia es fundamental para ayudar a comprender la dimensión de la influencia de los vendedores de enfermedades para convencernos de que determinadas drogas psiquiátricas son seguras, sin riesgos, teniendo sólo efectos beneficiosos. De otro modo, ¿cómo entender la polémica que viene sucediendo en las páginas de la revista *Nature*, una de las mejor conceptuadas en el campo científico?

En diciembre de 2007, Sahakian y Morein-Zamir publicaron un texto, el cual decía ser intencionalmente provocativo, ubicando cuestiones que debían ser enfrentadas por la comunidad científica: el uso de drogas que, eufemísticamente, llamaban como “*cognitive-enhancing*”, algo así como “*incrementadores cognitivos*”. Es importante destacar que en ningún momento los autores cuestionaban la existencia de enfermedades psiquiátricas o de tratamientos con psicotrópicos. El objetivo de sus preguntas era sobre el uso de drogas que, presumiblemente, aumentan la atención y disminuyen la percepción del cansancio, por parte de personas que no son portadoras de enfermedades psiquiátricas. Dos ejemplos de sus preguntas: “¿Usted propulsaría – químicamente- su energía mental?” o “¿Cómo reaccionaría Usted si supiese que sus colegas o sus estudiantes están utilizando esas drogas?” Continuaban el artículo provocando, al afirmar que es sabido que muchos investigadores de EUA y del Reino Unido usan esos remedios para contrarrestar efectos de *Jet-lag*, para aumentar su productividad mental, o para lidiar con desafíos intelectuales urgentes e importantes. Citando el aumento de consumo de metilfenidato por parte de profesores y estudiantes universitarios, afirman que es sabido que esa droga, en personas saludables, puede ampliar apenas una fracción de las habilidades cognitivas, como la atención, pero perjudicando otras, como tareas especiales ya aprendidas. Alertan sobre la responsabilidad de profesionales, universidades y autoridades sanitarias en la divulgación de los

efectos reales y los perjuicios para la salud individual, y se preguntan si, realmente, un joven usuario de psicoestimulantes continuaría utilizándolos si supiese los efectos potenciales, por ejemplo, sobre su crecimiento. (Sahakian & Morein-Zamir, 2007)

Los comentarios suscitados en la revista *Nature* fueron innumerables, con opiniones de todo tipo sobre el llamado “*Doping intelectual*”.

En consecuencia, Greely y cols. (2008), publicaron otro texto, en el cual afirman que, en los campos universitarios de todo el mundo, los estudiantes utilizan todos los recursos posibles para vender y comprar Adderall® y Ritalina®, para aumentar su capacidad de aprendizaje y obtener alguna ventaja sobre sus colegas. Los autores trataron el tema con cierta liviandad, lo que motivó más comentarios cuestionando esa naturalización del uso de psicotrópicos.

William y Martin (2009) revelaron algunas cuestiones fundamentales: los beneficios que se publicitan son frecuentemente exagerados, observándose en estudios controlados poca diferencia con los beneficios percibidos con placebos; poquísimas drogas son realmente seguras, sin efectos adversos, especialmente en el largo plazo. Concluyen su estudio recordando la necesidad imperiosa de efectuar investigaciones basadas en evidencias científicas, de modo de no crear expectativas falsas sobre los beneficios de estas drogas.

Chattarjee (2009) cuestiona el hecho de que los autores no consideran que el FDA (*US Food and Drug Administration*) exige que las cajas de esos remedios exhiban alertas sobre riesgos de abuso, dependencia, muerte súbita y daños cardiovasculares, mencionando aun más complicaciones graves, como arritmias, que serían potencialmente más prevalentes en personas mayores, como acostumbran ser los “usuarios saludables”.

Si admitimos que los psicoestimulantes, como el metilfenidato y las anfetaminas, aumentan la concentración y la atención, potencialmente focalizando mejor el raciocinio y aumentando las posibilidades cognitivas, la cuestión es: ¿A qué precio?, ¿por cuánto tiempo?

RESISTIR ES PRECISO, PUES VIVIR ES PRECISO

*Sou viramundo virado pelo mundo do sertão, mas
inda viro este mundo em festa, trabalho e pão.⁵⁷*

Existen personas con déficits intelectuales, motores o sensoriales reales. No son ellas las que están en discusión.

Existen infinitos modos de pensar, actuar, reaccionar, sentir, expresar emociones y sentimientos, de comportarse, de aprender, de lidiar con saberes ya establecidos. Esos modos constituyen un *continuum*, todos ellos caracterizan la diversidad entre los seres humanos, lo que nos constituye como sujetos. Tampoco es eso lo que está en discusión.

Lo que se encuentra en debate es si uno de los extremos de esa multiplicidad es patognomónico de una enfermedad, más específicamente, de una enfermedad neurológica.

ESTA RESISTENCIA ES CIENTÍFICA

En noviembre de 1998, fue realizada una reunión científica convocada por el US NIH (*National Institutes of Health*), para la cual fueron invitados los más renombrados especialistas en el campo, representativos de dos corrientes que se enfrentan desde 1896, desde Hinshelwood. La mayoría defendió la existencia del TDAH y la dislexia, y la necesidad de tratamiento medicamentoso.

El objetivo del “*Consensus Development Conference on the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*” era establecer un consenso científico para el diagnóstico y tratamiento de TDAH, en función de la enorme controversia que había sobre el tema.

A pesar de la ventaja numérica, en términos de representación, el documento final reconoció la inexistencia de evidencias científicas que sustenten que esas condiciones sean manifestaciones de una enfermedad. Más allá de eso, se reconoció los riesgos de tratamientos con psicoestimulantes por períodos prolongados.

Ese informe jamás fue divulgado en Brasil. Su lectura da respuestas a los posibles motivos. En su editorial, la revista *Ethical Human Sciences and Services*, de 1999, comenta el informe y transcribe algunos de sus párrafos, todos contundentes:

“A pesar de los avances, el TDAH y su tratamiento ha permanecido controvertido en muchos sectores públicos y privados (...) No poseemos un examen independiente y válido para el diagnóstico de TDAH”

“No hay datos comprobando que el TDAH se deba a un mal funcionamiento del cerebro”

“La mayor controversia en relación al TDAH continúa siendo el uso de psicoestimulantes tanto a corto como a largo plazo”

“Investigaciones para establecer la validez de este disturbio continua siendo un problema”

“Médicos que diagnostican TDAH han sido criticados por, simplemente, tomar un porcentaje de la población normal que tiene desatención y actividad continua y llamar a eso de Trastorno.”

“No está claro si los signos de TDAH representan una distribución bimodal en la población o el extremo de un continuum de características.”

“Existe poca mejoría en el desempeño académico y habilidades sociales (...) Es bien sabido que el consumo de psicoestimulantes tiene un alto potencial de abuso.”

“Dosis altas de psicoestimulantes pueden causar daños al SNC, daños cardiovasculares, hipertensión y comportamiento compulsivo. En altas dosis, un pequeño porcentaje presenta alucinaciones.”⁵⁸ (Editores, 1999, pp. 10-11)

ESTA RESISTENCIA ES ÉTICA

Todavía no existen evidencias científicas que sustenten una alteración neurobiológica ni la seguridad de tratamientos con psicoestimulantes. Al contrario. Mientras tanto, la presión es tan grande que se llega al absurdo de precisar probar que no existe aquello que nadie aun probó que existiera. En ciencia esto es algo absolutamente surrealista.

Leo (2002) destaca que incluso el *American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*, que sustenta la idea de que el TDAH es una enfermedad neu-

rológica, reconoce que “con criterios diagnósticos poco claros, es difícil definir e incluso conceptualizar un concepto unitario sobre el TDAH o su etiología (...) continúa una considerable incertidumbre sobre la validez del TDAH como una entidad diagnóstica” (p.52).

A partir de esta posición de una de las entendidas que defiende más ardorosamente la existencia del TDAH como enfermedad, es todavía más amedrentadora la decisión del NIMH (*National Institute of Mental Health*), que inició un estudio con niños pre-escolares de tres años, recibiendo medicamentos para tratar el supuesto TDAH.

Esta es la cuestión moral más importante con la cual la comunidad científica se enfrentará en la próxima década. La ética de tomates genéticamente alterados, el racionamiento de la atención de la salud, trasplante de órganos, reembolso de gastos por medicamentos, prescripción de drogas y mismo el suicidio asistido, son sólo un paseo en el parque, comparado con la ética de exponer a un cerebro en desarrollo a una droga psicotrópica. Medica a niños de tres años para ayudarlos a ser mejores estudiantes en la escuela maternal es un salto gigantesco a través de un límite ético, que tendrá profundas consecuencias para nuestra sociedad. La responsabilidad, o cómo se podría decir, la irresponsabilidad es enorme. (Leo, 2002, p.52)

En el debate sobre el uso de drogas psicotrópicas por parte de personas saludables, como forma de mejorar su desempeño cognitivo, Steven Rose recuerda que se supone que en esa situación los usuarios están ejerciendo el derecho a optar entre correr o no los riesgos.

Sin embargo, niños recibiendo Ritalina® por prescripción médica están siendo drogados como método de control social. Esto es, me parece, una cuestión ética real. Si nosotros no reconocemos la situación del mundo real en el cual las drogas son prescriptas, compradas y usadas, entonces el debate ético es hueco. (Rose, 2008, p.521)

A cada uno de nosotros, nos cabe decidir si nos dejamos cooptar por el engranaje de los vendedores de enfermedades o si nos quedamos del lado de los niños, de la vida.

Esta resistencia es una defensa de la vida.

NOTAS

1. Este texto fue elaborado a partir de la revisión y ampliación de un texto anterior, de nuestra autoría, intitulado "O lado escuro da Dislexia e do TDAH", publicado en el libro A Exclusão dos Includidos. Org MGD Facci e MEM Meira Maringá: EDUEM, 2010.
2. Profesora Titular de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas/ Unicamp.
3. Profesora Asociada de la Facultad de Educación/ Unicamp (aposentada). Libre-Doctrina en Psicología Educacional FE/Unicamp.
Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses; declaran explícitamente no tener ningún tipo de vínculo con industrias farmacéuticas. Por otro lado, declaran sus compromisos con la ética, la ciencia y la vida de niños, adolescentes, hombres y mujeres.
4. Para mayor profundización, recomendamos la lectura de algunos textos: Moysés & Lima, 1982; Pato, 1990; Collares & Moysés, 1996; Moysés & Collares, 1997.
5. Yo prefiero ser esa metamorfosis ambulante... *Metamorfose ambulante*, de Raul Seixas (la traducción es nuestra)
6. Para una revisión más profunda, remitimos a los textos de Coles (1987), Moysés & Collares (1992), Conrad (2006; 2007), Szasz (2007)
7. En español es más común referirse a "Trastornos de aprendizaje", en portugués y en inglés se utiliza el vocablo "disturbio".
8. En 1925, William S. Gray, Director del *Research Committee of the Commonwealth Fund*, inició la publicación de relevamientos bibliográficos sobre el estado del arte, referentes a problemas en la lectura. En el primer número, el comité registraba entre las 436 referencias listadas, apenas una que seguía esta línea; no por coincidencia, es un trabajo del propio Hinshelwood. Según Coles (1987), posteriormente Gray continuó dando poco crédito a esa teoría.
9. El nombre que Strauss atribuye a la pretendida patología es esencial para el entendimiento de esta historia. Hasta entonces, las alteraciones conductuales y/o intelectuales recurrentes de una enfermedad neurológica comprobada eran una de las muchas manifestaciones de compromiso neurológico, destacándose las motoras y sensoriales. Al pretender la existencia de una lesión caprichosa a punto de sólo interferir con el comportamiento y el aprendizaje, el término "mínima" es fundamental.
10. Este tema ha sido bastante estudiado por varios autores, pudiendo destacarse Foucault, Ariès, Basaglia, a los cuales remitimos a los lectores.
11. El logo es un cuadrado compuesto de 3x3 bloques; la sigla ABD se repite en cada línea, con una letra en cada bloque; cada letra gira constantemente sobre si misma, en los ejes vertical y horizontal, en imágenes especulares.
12. La hipótesis, entonces, enunciada sustenta hasta hoy la paradoja: dar psicoestimulantes, como anfetaminas y derivados, para niños y adolescentes de los cuales se dice que son hiperactivos, agitados, agresivos... Torna simple lo complejo: el problema de base estaría en el área cerebral responsable de filtrar la infinidad de estímulos que llegan al SNC a cada milésima de segundo, de modo que apenas los más relevantes en aquella

- fracción de tiempo alcancen la corteza y se tornen conscientes. Esa área, que realmente existe, es conocida por la sigla SRAA (Sistema Reticular Activador Ascendente) y es el elemento fundamental para que la atención sea focalizada en alguna cosa, por un tiempo. ¡Eureka! El defecto sería la falta de funcionamiento de esa área, entonces un estimulante la haría funcionar y la atención mejoraría y el comportamiento y el aprendizaje también. ¡Brillante! Sólo falta su comprobación, dentro de los cánones científicos, ¡transcurridos exactos 56 años!
13. La ceguera verbal se transformó en dislexia; la Ceguera Verbal Congénita se transformó en dislexia específica de evolución. Explicación para un nombre tan pomposo: "específica" porque sólo comprometería el lenguaje escrito y "de evolución" porque tendería a mejorar con el tiempo.
 14. Recuérdese que se estaba hablando de una enfermedad neurológica, no de un simple resfriado o de desobediencia, lo que nos autoriza a exigir criterios precisos, dentro de la racionalidad médica. Más allá, en bien de la verdad, el diagnóstico correcto de un simple resfriado obedece a criterios bastante más claros.
 15. Innumerables factores componen el contexto de este fenómeno; aquí destacamos el hecho de ya existir una medicación a disposición y el constante papel subliminal de las industrias farmacéuticas. Para una revisión más detallada, sugerimos los textos de Coles (1987), Moysés & Collares (1992), Conrad (2006; 2007), Szasz (2007)
 16. "Tiene que ser sellado, registrado, timbrado, evaluado y rotulado si quiere volar..." (la traducción es nuestra) *Carimbador maluco*, de Raul Seixas
 17. www.tdah.org.br; accesible 23/02/2009
 18. Criterios extraños para que se pretendan objetivos, suficientes para diagnosticar una enfermedad neurológica: según el criterio B, ¿cuántos comportamientos deben estar presentes, como mínimo? ¿Los modos de ser, vivir, comportarse y portarse mal, no tienden a iniciarse en la infancia? Los criterios C y el D son exactamente iguales, más allá de que llama la atención que una enfermedad neurológica pueda no manifestarse en todo o en cualquier contexto, sino sólo en dos. En relación con el criterio E, además de evidenciar la búsqueda de ampliar el alcance de los tentáculos de esa entidad, ¿cómo afirmar eso categóricamente?
 19. En el DSM 5 el criterio se elevaría a 12 años
 20. Este criterio también se modificaría en el DSM 5 y se podrá diagnosticar autismo y TDAH, y por ende medicar ambas patologías, de hecho ya está ocurriendo en la actualidad
 21. Imposible resistir a la tentación de señalar: "en el decurso del desarrollo normal de una persona normal?"
 22. El texto con la definición oficial está disponible en la página de ABD (www.dislexia.org.br) y también en la de la IDA (www.interdys.org). Acceso en 15/09/2009
 23. Seamos directos: no son las entidades las que se modelan, se alimentan, que no hacen nada, porque ellas no existen. Quien las construye y moldea, quien las alimenta son las industrias y profesionales que se enriquecen a costa de ellas.
 24. Buscando bien, todo el mundo tiene pequeñas heridas, marca de ampollas o vacunas,

- y tiene diarrea, tiene gusanos, tiene amebas, sólo la bailarina no tiene... (la traducción es nuestra) *Ciranda da Bailarina*, de Edu Lobo e Chico Buarque
25. Disponible en www.abd.org.br, acceso 23/02/2009
26. Suponiendo que el lenguaje no es neutro, autores que cuestionan esos diagnósticos acostumbra llamar a los supuestos disléxicos "lectores precarios" y a las personas llamadas normales "buenos lectores".
27. Todo el mundo tiene un primer novio, sólo la bailarina no tiene. Sucio atrás de las orejas, bigotes de grosella, bombacha un poco vieja, ella no tiene. (la traducción es nuestra) *Ciranda da Bailarina*, de Edu Lobo e Chico Buarque.
28. Simplificando, prevalencia consiste en la frecuencia de X en un segmento poblacional, en un corte transversal de tiempo, aleatoriamente definido, como: cuántos tienen X en un día, una semana, un año..
29. Como la investigación había sido financiada por la *Dyslexia Research Grant* y por *Orton Dyslexia Grant* (una vez más, el reconocimiento y exaltación hacia Orton, por la transformación de la lectura especular en señal de enfermedad), en el texto, la palabra dislexia aparece apenas dos veces, los autores intentan, a partir de sus resultados sobre el continuo de relación de tamaño, especular sobre la divergencia de resultados en la literatura sobre dominancia lateral y lenguaje. Para reforzar su especulación, citan un estudio acerca de la **asociación entre trastorno de aprendizaje, dominancia lateral y color de cabello!**
30. Buscando bien, todo el mundo tiene piojos, o tiene olor a creolina, todo el mundo tiene un hermano medio tuerto, solo la bailarina que no tiene. (la traducción es nuestra) *Ciranda da Bailarina*, de Edu Lobo e Chico Buarque.
31. Procesamiento auditivo es uno de los modismos más recientes y polémicos en ese campo. ¿Será que con preguntas y respuestas, órdenes y acciones es posible evaluar cómo el cerebro procesa un sonido? Pues es esto lo que el nombre promete y es así cómo se divulga qué es. Algo así como pretender el acceso privilegiado al potencial de inteligencia, el desafortunado IQ (o CI), que tanto sirvió para rotular, estigmatizar y excluir, y que ahora parece ya estar agotándose, cediendo espacio a sus sucesores. Resulta aún más exquisito pretender hacer eso en animales, pues presupone que se domine su lenguaje. La pretensión de acceso directo y privilegiado a la inteligencia, al aprendizaje, a los pensamientos, al modo en que el cerebro procesa informaciones y sensaciones, está basada en el método clínico, raíz epistemológica de la medicina y todas las ciencias de la salud, en el paradigma positivista. Para profundizar, remitimos al texto "*Inteligência abstráida, crianças silenciadas: as avaliações de inteligência*", de nuestra autoría, publicado en *Psicologia (USP)* 8 (1): 63, 1997
32. No se libra nadie, todo el mundo tiene lagañas, cuando se levanta a las seis de la mañana, tuvo escarlatina, o tiene fiebre amarilla, sólo la bailarina no tiene. (la traducción es nuestra) *Ciranda da Bailarina*, de Edu Lobo e Chico Buarque.
33. Respectivamente: Resonancia Magnética Nuclear funcional; Tomografía Computarizada por Emisión de Fótón Único (del inglés, *Single Photon Emission Computed Tomography*); Tomografía Computarizada por Emisión de Positrones (del inglés, *Positron Emission Tomography*).

34. Recuérdese, a propósito, la conferencia magna del 8vo. Simposio Internacional de Dislexia.
35. *traducción personal, el resaltado y subrayado es nuestro*
36. www.amenclinics.com; accesible el 14/06/2008. Daniel Amen es propietario de "Amen Clinics", red de clínicas de neurología/neuroimagen expandidas por los Estados Unidos de América; en su página de internet, la neuroimagen es reificada, con imágenes seductoras de la tecnología y casos cuya vida cambió radicalmente después que, atendidos en la clínica, se llegó al diagnóstico (siempre biológico) y al tratamiento correcto; en la página se pueden dejar dudas y agendar consultas en la clínica más próxima a su domicilio. En muchos casos presentados se busca descalificar el campo de la psicología, sus teorías y prácticas; para presentar las relaciones conyugales como campo posible de su propia actuación, cita el caso de una pareja que buscó su clínica después de gastar US\$ 25.000 en terapia conyugal y oír del terapeuta que debían separarse; luego de un diagnóstico y tratamiento correcto, posibilitado por la neuroimagen, vivieron felices hasta hoy.
37. Como mínimo se deben comparar los resultados de los exámenes de GE con los de GC. Cualquier procedimiento debe ser hecho siempre en ambos grupos, a menos que comprobadamente beneficien al grupo de enfermos y acarreen riesgo potencial para los controles, que no era el caso.
38. Transforman el país entero en un puterío, pues así se gana más dinero. (La traducción es nuestra) O tempo não pára, de Cazuza e Arnaldo Brandão.
39. Disponible en www.tdah.org.br, acceso el 08/04/2009.
40. Disponible en <http://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/issues/ritalin.html>, acceso el 28/02/2009.
41. Datos gentilmente proporcionados por IDUM (Instituto de Defensa de los Usuarios de Medicamentos), en comunicación personal, en la época en que este texto fue redactado. Actualmente los datos están disponibles en www.idum.org.br. El IDUM extrae esos datos de IMS-PMB- *Pharmaceutical Market* – publicación del instituto suizo que toma y actualiza todos los datos del mercado farmacéutico brasileño.
42. "Este mundo no es seguro. Cualquier día puede ser justo su último día, como un "cowboy" de la cocaína". (La traducción es nuestra) *Cocaine*, de DJ Khaled Ft. Akon
43. La pregunta obvia es: ¿cuál es la lógica de utilizar estimulantes del SNC en jóvenes a quienes se señala como hiperactivos? Remitimos a nuestra nota explicativa del constructo de fisiopatología armado para justificar la invención de la Disfunción Cerebral Mínima y el uso de psicoestimulantes (Nota al pie 12)
44. Disponible en <http://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/issues/ritalin.html>, accesible 28/02/2009
45. Disponible en www.ritalindeath.com, accesible en 05/12/2012. Este es un sitio web de una ONG de Estados Unidos (Death from Ritalin. The truth behind ADHD), creada por padres de jóvenes que murieron por uso de MPH. Recomendamos también el video http://es.youtube.com/watch?v=SzdGrUcc_bQ
46. Disponible en www.amenclinics.com, accesible 26/08/08

47. Disponible en <http://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/issues/ritalin.html>, accesible 03/04/2009.
48. Registrados en el Sistema de Relatos Espontáneos de Reacciones Adversas, de *Food and Drug Administration (FDA)*.
49. Nada quedó en su lugar. Yo quiero entregar sus mentiras. (...) Yo voy a publicar sus secretos. Yo voy a derramar en sus planos el resto de mi alegría. *Mentiras*, de Adriana Calcanhoto
50. La *Cochrane Library* es una de las más amplias colecciones de banco de datos; una de sus áreas es la Colección de *Cochrane Database of Systematic Reviews*, una base de datos de revisiones sistemáticas y meta-análisis, que condensan e interpretan resultados de investigación médica de alta calidad, constituyendo fuente de pesquisa fundamental para la medicina basada en evidencias.
51. Como ya fue presentado anteriormente, recuérdese que el criterio para el diagnóstico de TDAH, según ABDA, es: "si existe otro problema (tal como depresión, deficiencia mental, psicosis, etc.), los síntomas no pueden ser atribuidos exclusivamente a él."
52. Los trabajos fueron buscados en las siguientes bases de datos: MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, AMED, ISI Web of Science, ISI Web of Knowledge, Dissertações, CENTRAL, Current Controlled Trials meta-register (mRCT), CenterWatch, NHS, National Research Register e clinicaltrials.gov. Además de eso, fueron contactadas industrias farmacéuticas y especialistas en el área.
53. "Comparative Effectiveness Review" número 44, intitulado: "Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of Treatment in At-Risk Preschoolers; Long-Term Effectiveness in All Ages; and Variability in Prevalence, Diagnosis and Treatment"
54. El relevamiento se realizó a partir de las bases de datos más relevantes en medicina, psicología y educación: MEDLINE, Cochrane CENTRAL, EMBASE, PsycInfo, ERIC (Education Resources Information Center); posteriormente, fueron analizadas todas las citas encontradas en esos *papers* que no hubiesen estado identificadas previamente.
55. La traducción es nuestra
56. *No hay nada errado conmigo. Hay alguna cosa errada con usted. Errada con usted y conmigo, cuando nosotros estamos llorando por nuestra próxima dosis* (La traducción es nuestra) *This cocaine makes me feel like I'm on this song*, de Daron Malakian
57. Soy viramundo virado por el mundo del sertão, pero yendo transformo este mundo en fiesta, trabajo y pan. *Viramundo*, de Gilberto Gil e Capinan (la traducción es nuestra)
58. Traducción personal.

Bibliografía

- Advokat, C. (2007). Update on amphetamine neurotoxicity and its relevance to the treatment of ADHD. *J Atten Disord.* 11(1):8-16.
- Barkley, R. (1978). Do stimulant drugs improve the academic performance of hyperkinetic children? *Clinical Pediatrics* n 8: 137-46.
- Black, F.W. (1973). Reversal and rotation errors by normal and retarded readers. *Perceptual and motor skills* 36: 895.
- Bradley, C. (1937). Behavior of children receiving Benzedrine. *Am. J. Psychiat.* 94: 577
- Bradley, C. (1950). Benzedrine and Dexedrine in the treatment of children's behavior disorders. *Pediatrics* 5(1): 24.
- Breggin, P.R. (1999a). Intoxication Anosognosia: the spellbinding effect of psychiatric drugs. *Ethical Human Psychology and Psychiatry* 8: 201-15.
- Breggin, P.R. (1999b). Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD: Risks and mechanism of action. *International Journal of Risk e Safety in Medicine* 12: 3-35.
- Campos, A. (2007). *Geração Ritalina*. (disponível em www.educare.pt/educare, acesso em 26/03/2009).
- Charach, A.; Dashti, B.; Carson, P.; Booker, L.; Lim, C.g.; Lillie, E.; Yeung, E.; Ma, J.; Raina, P.; Schachar, R. (October 2011). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of Treatment in At-Risk Preschoolers; Long-Term Effectiveness in All Ages; and variability in Prevalence, Diagnosis and Treatment. Comparative Effectiveness Report No. 44. (prepared by the McMaster University Evidence-based Practice Center under Contract No. MME2202 290-02-0020) AHRQ Publication No. 12-EHC003-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Available at: www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.
- Chatterjee, A. (2009a). A medical view of potential adverse effects. *Nature* 29; 457(7229): 532-3.
- Chatterjee, A. (2009b). A medical view of potential adverse effects. *Nature* 457: 533.
- Coles, G. (1987). *The Learning Mystique. A Critical Look at "Learning Disabilities"*. New York: Pantheon Books.
- Collares, C.A.L.; Moysés, M.A.A. (1996). Preconceitos no cotidiano escolar. Ensino e medicalização. São Paulo: Cortez-FE/FCM UNICAMP.
- Conrad, P. (2006). *Identifying Hyperactive Children: The medicalization of deviant behavior*. Expanded ed. (Ashgate classics in sociology) Burlington: Ashgate Publishing Company.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human condition into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Cope, N.; Harold, D.; Hill G.; Moskva, V.; Stevenson, J.; Holmans, P.; Owen, M.J.;

- O'Donovan, M.C.; Williams, J. (2005). Strong evidence that KIAA0319 on chromosome 6p is a susceptibility gene for developmental dyslexia. *Am J Hum Genet*; 76 (4): 581-91 (errata no volume subsecuente).
- Criado-Álvarez, J.J.; Romo-Barrientos, C. (2003). Variabilidad y tendencias en el consumo de metilfenidato en España. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *REV NEUROL*; 37 (9): 806-810.
- Del Bello, M. (2001). Prior stimulant treatment in adolescents with bipolar disorders. *Bipolar Disorders* n 3: 53-57.
- Editorial (1999). NIH Consensus report highlights controversy surrounding ADHD diagnosis and stimulant treatment. *Ethical Human Sciences and Services*, 1 (1): 10-11.
- El-Mallakh, R. (2002). Use of antidepressants to treat depression in bipolar disorder. *Psychiatric Services* n 53: 580-84.
- Emslie, G. (1997). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry* n 54:1031-37.
- Entralgo, P.L. (1982). *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat.
- Faedda, G. (1993). Pediatric onset bipolar disorder. *Harvard Review of Psychiatry* n 3: 171-95.
- Faraone, S.V.; Biederman, J.; Morley, C.P. & Spencer, T.J. (2008). Effect of stimulants on height and weight: a review of the literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47(9): 977-80.
- Fisher, S.E.; Francks, C. (2006). Genes, cognition and dyslexia: learning to read the genome. *Trends Cogn Sci* 10(6): 250-7.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud* 11 (1): 3-25.
- Foucault, M. (1980). *O nascimento da clínica* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Forense-Universitária. Brasileira.
- Galaburda, A. M.; Corsilia, J.; Rosen, G.D.; Sherman, G.F. (1987). Planum temporale asymmetry, reappraisal since Geschwind and Levitsky. *Neuropsychologia*, Vol. 25, No. 6, 853-868.
- Galaburda, A.M.; LoTurco, J.; Ramus, F.; Fitch, R.H.; Rosen, G.D. (2006). La Dislexia del Desarrollo: Gen, Cerebro y Cognición. *PSYKHE*, Vol.15, Nº 2, 3-11.
- Galaburda, A.M.; Sherman, G.F.; Rosen, G.D.; Aboitiz, F.; Geschwind, N. (1985). Developmental dyslexia: Four consecutive cases with cortical anomalies. *Annals of Neurology* 18, 222-233.
- Gelperin, K. (2006). Psychiatric adverse events associated with drug treatment of ADHD. *FDA, Center for Drug Evaluation and Research*, March 3.
- Gould, M.S.; Walsh, B.T.; Munford, J.L.; Kleinman, M.; Duan, N.; Olsson, M.; Greenhill, L.; Cooper, T. (2009). Sudden Death and Use of Stimulant Medications in Youths. *Am J Psychiatry* 166: 992-1001.
- Greely, H.; Sahakian, B.; Harris, J.; Kessler, R.C.; Gazzaniga, M.; Campbell, P.; Farah, M.J. (2008). Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. *Nature* 456: 702-705.
- Heller, A. (1989). *O Cotidiano e a História* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Jacobvitz, D. (1990). Treatment of attentional and hyperactivity problems in children with sympathomimetic drugs. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* n 29: 677-88.
- Jensen, P. (2007). 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* n 46: 989-1002.
- Jornal da Band, 02/07/08 – 1ª reportagem da série Receita Marcada. (disponível em <http://www.band.com.br/jornaldaband/conteudo.asp?ID=92062&CNL=1>).
- Kristensen, CH.; Almeida, R.M.M.; Gomes, W.B. (2001). Desenvolvimento Histórico e Fundamentos Metodológicos da Neuropsicologia Cognitiva. *Psicol. Reflex. Crit.* 14(2), 259-274.
- Leo, J. (2002). American Preschoolers on Ritalin. *Society*: 39(2): 52-60.
- Lozano, A.; Ramírez, M.; Ostrosky-Solís, F. (2003). Neurobiología de la dislexia del desarrollo: una revisión. *REV NEUROL* 36 (11): 1077-1082.
- Idum (2008). Instituto de Defesa dos Usuários de Medicamentos (disponível em www.idum.or.br).
- Illich, I. (1982). *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Forense.
- Marino, C.; Giorda, R.; Luisa Lorusso, M.; Vanzin, L.; Salandi, N.; Nobile, M.; Citterio, A.; Beri, S.; Crespi, V.; Battaglia, M.; Molteni, M. (2005). A family-based association study does not support DYX1C1 on 15q21.3 as a candidate gene in developmental dyslexia. *Eur J Hum Genet*; 13(4): 491-9.
- Moynihan, R.; Cassels, A. (2007). Vendedores de doença: estratégias da indústria farmacêutica para multiplicar lucros. En *Bioética como novo paradigma: por um novo modelo bioético e biotecnológico*. Org. ML Pelizzoli. Petrópolis: Vozes. Pp. 151-156.
- Molina, B. (2009). MTA at 8 years *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* n 48: 484-500.
- Moysés, M.A.A.; Collares, C.A.L. (1992) A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. *Cadernos CEDES*, nº 28: 31-48.
- Moysés, M.A.A.; Collares, C.A.L. (1997) Desnutrição, fracasso escolar e merenda. En: *Introdução à Psicologia Escolar*. Org. MH Souza Patto; 3ª edição revista e atualizada. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp 223-256.
- Moysés, M.A.A.; Collares, C.A.L. (2007). Medicalização: elemento de desconstrução de direitos. En *Direitos Humanos: O que temos a ver com isso?* CRP-RJ.
- Moysés, M.A.A.; Lima, G.Z. (1982). Desnutrição e fracasso escolar: uma relação tão simples? *Revista da ANDE*, nº 5: 56-62.

- Nico, MAN (19/11/2009). *Dislexia*. Disponível em www.dislexia.org.br, acesso em 25/02/2009.
- Pastura, G.; Mattos, P. (2004). Efeitos colaterais do metilfenidato. *Rev. psiquiatr. clin.*, 31: 100-104.
- Patto, M.H.S. (1990). *A produção do fracasso escolar*. Histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: TA Queiroz.
- Pelz, R.; Banaschewski, T.; Becker, K. (2008). Methylphenidate of retard forms in children and adolescents with ADHD - an overview. *Klin Padiatr.* 220(2): 93-100 (artigo em alemão, abstract em inglês).
- Pennington, B.F.; Gilger, J.W.; Pauls, D.; Smith, S.A.; Smith, S.D.; DeFries, J.C. (1991). Evidence for major gene transmission of developmental dyslexia. *JAMA*; 266(11): 1527-34.
- Rose, S. (2008). Drugging unruly children is a method of social control. *Nature* 451:521.
- Richters, J. (1995). NIMH Collaborative Multisite Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* n 34: 987-1000.
- Sandler, A.D.; Bodfish, J.W. (2008). Open-label use of placebos in the treatment of ADHA: a pilot study. *Child Care Health Dev.* 34(1): 104-10.
- Sauer, L.; Pereira, L. D.; Ciasca, S.M.; Pestun, M.; Guerreiro, M.M. (2006). Processamento auditivo e SPECT em crianças com dislexia. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 64(1): 108-111.
- Shaywitz S.E. (1998): Functional disruption in the organization of the brain for reading in dyslexia. Italia. Washington, DC: National Academy of Sciences of the United States of America.
- Smith, S.D.; Kimberling, W.J.; Pennington, B.F.; Lubs, H.A. (1983). Specific reading disability: identification of an inherited form through linkage analysis. *Science*, 219 (4590):1345-7.
- Sroufe, A. (1973). Treating problema children with stimulant drugs. *New England Journal of Medicine* n 289: 407-13.
- Stopper, H.; Walitza, S.; Warnke, A.; Gerlach, M. (2008). Brief review of available evidence concerning the potential induction of genomic damage by methylphenidate. *J Neural Transm.* 115(2): 331-4.
- Sulzbacher, S.I. (1973). Psychotropic medication with children: an evaluation of procedural biases in results of reported studies. *Pediatrics*, 51 (3): 513-7.
- Swanson, J.M.; Volkow, N.D. (2008). Increasing use of stimulants warns of potential abuse. *Nature*, May 29; 453(7195): 586.
- Szasz, T. (2007). *The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays*. New York: Syracuse University Press.
- Thomson, A.; maltezos, S.; Paliokosta, E.; Xenitidis, K. (2009). Amfetamine for attention deficit hyperactivity disorder in people with intellectual disabilities. *Cochrane Database Syst Rev* Jan 21; (1): CD007009.

- U.S. Department of Justice, Drug Enforcement Administration (1995) Methylphenidate (A Background Paper) (www.methylphenidate.net, acesso em 25/02/2009).
- U.S. Department of Justice, Drug Enforcement Administration (2000) DEA Congressional Testimony (<http://www.usdoj.gov/dea/pubs/cngrtest/ct051600.htm>).
- Vellutino, F.R. (1979). *Dyslexia*. Cambridge: MIT Press.
- Whalen, C. (1997). Stimulant pharmacotherapy for attention-deficit hyperactivity disorders. In S. Fishberg e R. Greenberg (ed.) *From Placebo to Panacea*. New York: John Wiley & Sons.
- Welch, G.; Schwartz, L.; Woloshin, S. (2008). O que está nos deixando doentes é uma epidemia de diagnósticos. *Jornal do Cremesp*, p. 12, fev. (texto publicado no The New York Times, em 02/01/2007; tradução de Daniel de Menezes Pereira).
- Williams, S.J.; Martin, P. (2009). Risks and benefits may turn out to be finely balanced. *Nature* 457: 533.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic*. Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America. New York: Broadway Paperbacks.

PARTE 3

**PATOLOGÍAS PSÍQUICAS GRAVES
EN LA PRIMERA INFANCIA**



ANEXO

LOGO

Man-

Logo

Logo

Logo

Capítulo VI

LA INSOPORTABLE IGNORANCIA. NOTAS SOBRE AUTISMO Y PATOLOGIZACIÓN¹

Marila Terzaghi

El impresionante desarrollo, en las dos últimas décadas del siglo XX, de la investigación en neurociencias y los conocimientos obtenidos en ese campo, produjeron sin duda cambios en los objetivos, modelos y paradigmas que orientaron sus propias producciones y programas. También se reflejaron en nuevas fuentes de financiamiento y en un creciente interés general de la población en sus “descubrimientos”.

La década del 90 fue declarada por el Congreso de los Estados Unidos, la “década del cerebro”, proponiéndose, a partir de esto, un impulso que cosechó importantes avances en sus producciones.

Los logros más importantes de esa década fueron sintetizados por Macadar² del siguiente modo:

1. Reconocimiento de las características moleculares de macromoléculas de la membrana neuronal, profundizando el conocimiento del

funcionamiento y los cambios en dichas células. La plasticidad neuronal es precisamente la capacidad de cambio del sistema nervioso por efecto de experiencias durante el desarrollo, en base a modificaciones del programa definido genéticamente. Esta posibilidad plástica es la que explicaría entre otras cosas el aprendizaje y la memoria.

2. Profundización en el conocimiento de la muerte neuronal programada, (apoptosis), y la búsqueda de posibles señales para su activación e inhibición de aplicación a la terapéutica de lesiones traumáticas y degenerativas.
3. Producción, por síntesis, de cantidad de moléculas activas que contribuyeron a la generación de gran cantidad de nuevos productos farmacológicos, entre ellos los que se destacan en el último tiempo son los psicofármacos.
4. Desarrollo de revolucionarias técnicas de imagen, utilizadas en la investigación de la atención, la memoria, las emociones, etc.
5. Descubrimiento de la existencia de células de reserva que pueden dividirse y diferenciarse en neuronas y células de la glía, con lo que cae una creencia histórica de las neurociencias, sustentada en la hipótesis de Cajal de que nacemos con un número definido de neuronas y, a partir de allí, lo único que puede suceder es que se mueran. Se han realizado, desde el descubrimiento de la reserva de neuroblastos, investigaciones tendientes a identificar factores de activación y de inhibición de la neurogénesis.
6. A través de técnicas de genética y biología molecular se descubrieron moléculas que guían la fibra nerviosa durante el desarrollo, comprendiéndose algunos desórdenes y su potencial reparación.
7. El clonaje o identificación de genes para algunas enfermedades (sobre todo las monogénicas), no siendo igual lo logrado en las consideradas poligénicas entre las que presumen los científicos que se encontrarían las enfermedades mentales.

En coincidencia con lo anterior, en un trabajo publicado en el año 2000 e incluido posteriormente en "Psiquiatría, psicoanálisis y la nueva biología de la mente" (Kandel, 2007), se jerarquizan los avances producidos en el

conocimiento de la biología molecular de la enfermedad, pero se destaca también el retraso existente en el ritmo de progreso en la comprensión de las enfermedades psiquiátricas, que se presume vinculado a su origen poligenético y a la falta de conocimientos neuroanatómicos fidedignos de las enfermedades mentales:

(...) no es fácil para la neurociencia entender aspectos de la biología molecular de la función normal y la enfermedad, cuya complejidad trasciende a la célula individual implicando a la fuerza computacional inherente a los grandes sistemas de células que se encuentran sólo en el cerebro (Kandel, 2007).

En este mismo texto se define que la comprensión de la conciencia constituye uno de los retos futuros para la investigación. El alma, la conciencia, la subjetividad han sido siempre una dificultad para la ciencia. En distintos momentos históricos se construyeron teorías y se tramaron sentidos, que intentaron cubrir esta grieta que no cesa de producirse.

NEUROCIENCIAS Y NIÑOS

La noción de plasticidad neuronal y su aplicación a la comprensión del proceso de neurodesarrollo, fue una de las novedades importantes aportadas por la investigación en el siglo XX. Permitió contar con una base neurofisiológica para resistir a la definición de pronósticos lapidarios asociados a muchas patologías neurológicas y genéticas de la infancia. Implicó cambios en la concepción de la maduración, estructura y funcionamiento del sistema nervioso en su intercambio con el entorno, pero además puso en cuestión los modelos de pensamiento de la biología en su conjunto.

A partir de la comprensión de que la maduración del sistema nervioso implica complejidades difíciles de abordar con un modelo mecanicista, parecía que toda explicación que se asentara sobre determinismos y causalidades lineales estaba herida de muerte.

La secuenciación del genoma humano producía también, por entonces, la caída de cierta ilusión de encontrar allí todas las respuestas, al constatar que nuestro genoma se diferencia muy poco del de un ratón y que todas

las diferencias heredadas entre dos individuos de una especie residen solamente en el 0,1% de la secuencia.

El mensaje genético se va desplegando paulatinamente y distintos genes van armando el rompecabezas. Los genes no sólo son influidos por otros genes y sus productos, sino también por informaciones que reciben de otras células y de los estímulos externos, por lo que éstos pueden inhibir o facilitar la expresión de los genes.

Nacemos con casi el doble de neuronas de las necesarias para el funcionamiento más o menos completo del sistema nervioso, el que resulta ser finalmente posible como resultado de una compleja y particular articulación entre información genética disponible, producción de ciertas secuencia de eventos, (neurogénesis, diferenciación, sinaptogénesis, también muerte neuronal programada, por nombrar apenas algunos de los procesos implicados), imposible de concretarse sin señales del entorno de mayor o menor especificidad. Tales señales podrán llegar a ser efectivas si superan cierto umbral. Dicho umbral sería regulado a partir de influencias del entorno que son además necesarias para la diferenciación neuronal en núcleos cerebrales específicos. Según algunas investigaciones, la determinación del umbral de intensidad del estímulo necesaria para generar cierto tipo de respuestas, por ejemplo las de índole neuroendocrinas, tónico-posturales, atencionales, del stress, dependen de la calidad de los intercambios iniciales del recién nacido con la madre o su cuidador principal.³

La importancia que adquirieron entonces las experiencias de los primeros años de vida planteó puntos de encuentro con cuestiones anticipadas por el psicoanálisis en relación a la constitución subjetiva.

Hoy sabemos que en el tiempo del bebé y del niño pequeño, los genes, la nutrición, pero también los cuidados de la madre, el armado de ciertos ritmos biológicos bajo la influencia de estos cuidados, lo que se le dice, así como las enfermedades y los accidentes, pero también la manera de sostenerlo y de mostrarlo, lo que se le ofrezca así como lo que se le pida, pequeños actos cotidianos que le van diciendo lo que se sueña para él y que lo instalan en una sociedad determinada, van armando el cerebro, al tiempo que se establecen los elementos fundantes de la construcción del aparato psíquico.⁴

Es así que se podía comenzar a explicar de qué modo distintas situaciones podrían facilitar o entorpecer, desde la vida intrauterina, el proceso de maduración cerebral. Dicho proceso ya no se entendería como algo determinado al nacer y sujeto sólo a automatismos biológicos.

El descubrimiento de la plasticidad del sistema nervioso, que se evidencia en las modalidades de construcción, maduración y funcionamiento, pero también en las particulares formas de reaccionar a la noxa, enfermarse e inclusive recuperarse, y que nos permite afirmar que finalmente, no hay dos cerebros iguales, sacudió la pretendida universalidad de los modelos de conocimiento de la medicina científica clásica.

Joseph Lebeer en un artículo publicado en *Developmental Medicine & Child⁵ Neurology*, titulado: *¿Cuánto cerebro necesita una mente? Implicancias científicas, clínicas y educativas de la eco-neuroplasticidad*, mostraba a través de la presentación de numerosos casos clínicos, pacientes portadores de cerebros con importantes defectos (hidrocefalia, porencefalia), la posibilidad de mantener su capacidad funcional y de aprendizaje, evidenciando las posibilidades del cerebro en la compensación de la pérdida incluso de áreas extensas, lo que se mostraba mucho más notable en el individuo joven.

El mencionado autor cuestionaba en este artículo las predicciones, y afirmaba la dificultad para establecer relaciones causales entre anormalidades tempranas y disfunciones subsecuentes, habiendo sido éste el obstáculo que hallaron numerosos estudios prospectivos en los que se quiso establecer indicadores del pronóstico funcional.

Afirmaba que el problema de la predicción es que está basada en una concepción mecanicista del funcionamiento humano. Proponía pensar el organismo humano como un sistema disipativo, aplicando el concepto propuesto por Prigogine, que definió a estos sistemas complejos y abiertos, como "impredecibles".

Lebeer planteaba también que la capacidad humana de recuperación evidencia un alto grado de impredecibilidad, y marca la necesidad de continuar investigando las condiciones promotoras de neuroplasticidad. Parecía derribarse, entonces, también la idea antes sostenida de paralelismo y causalidad unívocos entre la magnitud de una lesión y la pérdida o alteración funcional resultante.

Estas afirmaciones dejarían sin sustento a las ideas de relaciones unívocas entre diagnóstico y pronóstico, que tanto han permeado en la clínica y la educación.⁶

Los conocimientos generados desde la investigación del sistema nervioso venían ahora a aportar sustento a la necesaria superación del reduccionismo biológico en la comprensión de la "vida humana".

Desde el psicoanálisis L. Hornstein (1994) fue uno de los autores que tomó estos nuevos modelos de la ciencia como metáfora de la subjetividad:

Para la ciencia actual, el azar y las leyes no se contradicen a la hora de describir la complejidad del mundo. Colaboran alternando su protagonismo: las leyes, en forma constante; el azar de manera puntual. Freud al enfrentarse con la alternativa determinismo y azar, postuló las series complementarias. (pp. 101-102)

Propone Hornstein considerar el psiquismo con el modelo de las estructuras disipativas. Refiriendo conceptos de Atlan, afirma: "Lo psíquico se sitúa entre el "cristal" y el "humo" en tanto tiene una estructura determinada, pero puede modificarse y adquirir nuevas propiedades" (1998).

El cristal es el modelo de redundancia, de la repetición rígida y el humo es la metáfora de la variedad, de la imprevisibilidad.

¿CÓMO SOPORTAR LA INCERTIDUMBRE?

"Si nuestro mundo tuviera que ser entendido sobre la base del modelo de los sistemas estables, no tendría nada en común con el mundo que nos rodea: sería un mundo estático y predecible, pero no estaríamos allí para formular las predicciones.

En el mundo que es nuestro descubrimos fluctuaciones, bifurcaciones e inestabilidades en todos los niveles. Los sistemas estables conducentes a certidumbres corresponden a idealizaciones, aproximaciones"

I. Prigogine

Las novedades que trajeron los conocimientos aportados por la investigación en neurociencias y las implicancias que comenzaron a tener en la comprensión de los aspectos biológicos de los problemas en el desarrollo infantil y su posible aplicación en el campo de la clínica y la educación, no permitían avizorar inicialmente su inmediata utilización, como renovados fundamentos de recrudescidos reduccionismos.

El uso extendido de las categorizaciones psicopatológicas del DSM, en la infancia, aparece validado precisamente por su pretendido sustento en "razones de la ciencia". De este modo queda reducido el sufrimiento a categorías nosográficas, justificado el uso de terapéuticas psicofarmacológicas desde edades cada vez más tempranas (cuando aún se desconocen por ejemplo, sus efectos sobre la neuroplasticidad) y se eliminan las implicancias que cualquier relación humana pudiera tener en un niño.

Los científicos, en comunicaciones individuales de sus investigaciones, explicitan reiteradamente lo provisorio de sus conclusiones y reconocen el arbitrario reduccionismo que necesitan producir para comprender los complejos fenómenos de la biología, viéndose, en general, forzados a partir del análisis de unidades mínimas, lo que conduciría a intentar luego la comprensión de lo complejo en un modelo de abajo arriba. Este es, a la vez, un argumento reiteradamente esgrimido como causante de las dificultades para la comprensión de "la mente".

Pero el dispositivo de la ciencia finalmente no soporta oquedades e incertidumbres y se producen allí, inevitablemente, otras ideas que vienen a suturar esta herida.

Insisto con retomar algunas referencias a la investigación en neurociencia, sus aportes e interrogantes, así como las ideas, expectativas y proyecciones de la investigación futura, porque me parece muy interesante su lectura en búsqueda de algunas claves para comprender cómo se han impuesto concepciones, excluyentemente biológicas, del sufrimiento psíquico y su rápida extensión al campo de la infancia.

El descubrimiento de la compleja red de cuestiones genéticas y medioambientales que intervienen en el armado madurativo del sistema nervioso y su funcionamiento, la importancia de las experiencias y relaciones tempranas, los intrincados mecanismos que condicionan las modalidades

de lesión y recuperación, no parecen conducir fácilmente a la claudicación de un modelo de pensamiento hegemónico.

Las neurociencias producen ideas que suplementan los resultados científicos y autorizan a utilizar los citados nuevos conocimientos como reforzados basamentos para profundizar posiciones que finalmente excluyen la infancia.

Corro el riesgo, en este apartado, de retomar cuestiones que parecieran corresponder a una discusión de la década pasada, sospechosamente silenciada por el farrago de novedades que, con velocidad mediática, se superponen y nos dan poco espacio para destacar cuestiones no menores, como la paulatina sustitución del nombre de la psiquiatría por el de neurociencia.

Antes, cuando la religión era fuerte y la ciencia débil, el hombre confundía la magia con la medicina; ahora que la religión es débil y la ciencia fuerte, el hombre confunde a la medicina con la magia. (Thomas Szasz, 2001, p. 260)

Continuemos entonces un poco más con algunas afirmaciones que se desprenden de la lectura de textos de investigadores muy reconocidos, y que a su vez han sido centrales en la comprensión de la concepción actual del sistema nervioso y en la búsqueda de la "*explicación científica de la vida psíquica y la enfermedad mental*", con especial interés, incluso, por incorporar algún aporte del psicoanálisis. En este sentido me resultaron de especial interés algunas proyecciones que Eric Kandel presentó en el discurso de graduación en la *Columbia University Collage of Physician and Surgeons*, un año después de recibir el Premio Nobel de Medicina. (Kandel, 2007)

En ese texto, en el que se hace un breve recorrido histórico que permite evidenciar los grandes avances realizados por la ciencia, ubica claramente la ruptura definitiva entre religión y ciencia, a partir de la idea planteada por Darwin de que los humanos y otros animales son el resultado de cambios evolutivos producidos por selección natural, basado en variaciones heredadas de otros antepasados animales.

La necesidad de dar sustento a esta idea inauguró un campo de investigaciones que dio frutos recién a comienzos del siglo XX, con la localización de la información que se trasmite a la descendencia a nivel de

los genes, y décadas después el descubrimiento de la molécula del ADN. Posteriormente, con la descripción del código genético organizado en la secuencia de bases del ADN, se anticipó lo que culminaría en el logro de la secuenciación del genoma humano. Finalmente, se produjo el conocimiento de cambios de base única o polimorfismos de nucleótido único, que condujo a la presunción de que ahora se podrían explicar las pequeñas diferencias entre los genomas individuales, que serían fundamentales para comprender la enfermedad y predecir la predisposición a la misma.

Las consecuencias más promisorias que en este texto se avizoran, planteadas como una "revolución genómica", son las que se refieren a la posibilidad de que las nuevas generaciones de médicos estarán en condiciones de brindar a sus pacientes una atención con diagnósticos y tratamientos más individualizados: "*Servirá para disminuir la incertidumbre en el manejo de la enfermedad*"⁷ (Kandel, 2007). La inclusión del genoma en la historia clínica individual permitirá contar con la posibilidad de determinar riesgos y también anticipar la efectividad de cada terapéutica e incluso la modalidad de aceptación de diferentes fármacos y el cálculo de efectos adversos, lo que posibilitará a la industria farmacéutica producir drogas que se adapten a las necesidades del paciente individual.

Permítanme una última cita textual con un destacado nuestro:

Este conocimiento de la singularidad biológica de nuestros pacientes alterará todos los aspectos de la medicina. Actualmente en los recién nacidos se hace un cribaje sólo de las enfermedades genéticas tratables, como la fenilcetonuria. Quizás en un futuro no tan lejano, se identificará a los niños con riesgo de coronariopatías, enfermedad de Alzheimer o esclerosis múltiple, y se los tratará para prevenir los cambios que ocurren más tarde en la vida⁸. (Kandel, 2007)

En otros párrafos se sostiene la idea de que los conocimientos definidos como la base biológica de la singularidad, nos acercarán a descubrir el "*último gran misterio*" de la ciencia, la naturaleza de la mente humana, cuestión que parece accesible próximamente con la combinación de genómica y neuroimágenes.

Conocimientos como los de las neurociencias, que parecen subvertir las bases mismas de toda la conceptualización previa de la biología, que servirían para cuestionar determinismos lineales y modelos maquinales y

cibernéticos del cuerpo y el cerebro son, sin embargo, objeto de digestión por otras vías metabólicas, bajo la acción de cierta **enzima ideológica**, que permite la producción de ideas y prácticas que parecen desmentirlas.

La singularidad de lo humano aparece claramente como una de las fuentes de incertidumbre que la ciencia trata a la vez permanentemente de excluir/ incluyéndola. Subsumido lo singular en lo individual, que se explica excluyentemente por automatismos biológicos, podemos entender, por ejemplo, la reducción de una madre a un sistema complejo de estímulos y anonimizar sus acciones como señales efectivas para la diferenciación celular.

La ideología de las neurociencias se esmera por liberar al cuerpo de los inconvenientes del deseo. De alguna manera, vienen a probar que la sutura de la ciencia está bien fundada, es decir, que todo sujeto se define por determinismos orgánicos. (Pommier, 2010)

La biologización de la vida humana produce una conversión de problemáticas sociales a problemas individuales. “Las neurociencias se han vuelto la ideología práctica del posmodernismo y el liberalismo. El orden de la sociedad tal como es, se encuentra justificado cuando el carácter social del hombre se anula en lo orgánico.” (Pommier, ob.cit.)

Finalmente se elude toda referencia al sufrimiento, ¿será que éste es para la ciencia, como diría Francis Click: “*una hipótesis innecesaria*”? Sin embargo, esta exclusión se reitera en el discurso dominante de la medicina, con pesadas consecuencias también para los médicos que cotidianamente nos encontramos inermes ante el dolor de los pacientes, favoreciendo la instalación creciente de un modelo de atención tecno-burocrático, que aleja cada vez más al médico de su función.

Es entonces en clave de ideología que podemos entender que se afirman como evidencias, desde “bases científicas”, el origen neurobiológico excluyente de los llamados ADD o de los “Trastornos del espectro autista” (TEA), que se convaliden científicamente metodologías diagnósticas y tratamientos que carecen de suficiente sustento en la propia ciencia e incluso que se aconsejen políticas de masivo cribado para enfermedades escasamente definidas y para las que no se cuenta con tratamientos cuya validez haya podido ser demostrada¹⁰.

ACERCA DEL AUTISMO: LA INSOPORTABLE IGNORANCIA

Nombrar, dar nombre, es la forma originaria del Mando.

G. Agamben

Desde la introducción inicial, por Bleuler (1911) en la descripción de la esquizofrenia, el término autismo encerró sentidos controversiales.¹¹

En 1943 se transformó el enfoque del autismo al ser aplicado por L. Kanner a lo que denominó autismo infantil precoz, a partir de sus observaciones sobre once niños en los que consideró la existencia de un cuadro de origen psicógeno, caracterizado centralmente por la dificultad que se presentaba en algunos niños, desde muy pequeños, para establecer contacto con su ambiente. Poco después de esta descripción, el propio Kanner, pasará a otra posición, mucho más biologista, que lo llevará a polemizar entre otros con Bettelheim.

Desde aquel trabajo inicial de Kanner, un importante número de publicaciones se sucedieron. En ellas aparecían descripciones de pacientes con condiciones fenoménicamente semejantes al cuadro previamente presentado, pero situadas bajo nuevas denominaciones, que en algunos casos se consideraron como sinónimos, y en otros dieron lugar a nuevas entidades o a subcategorizaciones.¹²

En años posteriores, se describieron pacientes con algunas de las particularidades asignadas inicialmente al autismo infantil precoz, pero aisladas o combinadas con otras problemáticas, de diferentes intensidades y dificultades, con las que se constituyó la idea de que pudieran conformar parte de un mismo “*continuum*”.

Desde otra perspectiva, la observación de algunas de las características descritas por Kanner en niños portadores de otras enfermedades, originó por algún tiempo el uso extendido de cierta denominación que diferenciaba un autismo “enfermedad”: primario, puro, o también denominado “*autismo de Kanner*”, en el que no se podía demostrar una alteración biológica de base, y un “*autismo sindrómico*”, secundario o co-mórbido que aparecía conjuntamente con alguna patología neurológica o genética identificable.

La lista de enfermedades neurológicas en las que se podían llegar a presentar las características clínicas del autismo fue creciendo a medida que los neurólogos fueron prestando atención, en sus exámenes, a las modalidades de interacción de sus pacientes. Esto también produjo la innegable constatación de que muchos niños con las mismas enfermedades neurológicas, no presentaban, necesariamente, tales particularidades autísticas. Tambaleaba entonces, tal como se fue reiterando posteriormente con otras teorías etiopatogénicas, la promesa de estar acercándose a la comprensión de las bases neurobiológicas del autismo. Este fracaso sistemático en encontrar una condición biológica que pudiera ser explicación suficiente, no impidió el uso extendido de la afirmación de que *“el autismo es un trastorno neurobiológico”*.

El afán nominativo acompañó, como es de suponer, la producción de diferentes hipótesis sobre la causa del autismo, que sin haber logrado su constatación, sin embargo, constituyeron los ladrillos para la edificación de las “evidencias” de su pretendido origen neurobiológico.

Desde su primera descripción se ha sostenido un prolongado debate en torno al autismo, que se reedita hasta la actualidad. Se ha insistido en la búsqueda de la delimitación de los bordes de una enfermedad, síndrome, trastorno, desorden que, sin embargo, resiste a acomodarse en los moldes de una psicopatología cada vez más descriptiva y que hoy intenta nuevamente capturarlo bajo la ilusoria sombrilla de la noción de *“espectro”*.

Cuando el nexos ético- y no simplemente cognitivo- que une las palabras, las cosas y las acciones humanas se quiebra, se asiste en efecto a una proliferación espectacular, sin precedentes, de palabras vanas por un lado y, por el otro, de dispositivos legislativos que tratan obstinadamente de legislar cada aspecto de aquella vida que ya no parecen poder capturar. (Agamben, 2010, p. 109)

En un contexto de gran desarrollo de las neurociencias, con importantes descubrimientos, en especial en el territorio de la neuroquímica y la genética, parece entonces inevitable, su incorporación como herramientas para la consolidación del dispositivo medicalizador, desde el cual sustentan prácticas de control de los cuerpos, funcional a las necesidades del “mercado”. Esta operación ideológica se hace particularmente evidente en lo

referido a los padecimientos psíquicos, y adquiere, actualmente, notable extensión en el campo de la infancia.

Hemos asistido, en los últimos veinte años, a la aparición de por lo menos tres notables “epidemias” referidas a categorías previamente presentadas en la clasificación de trastornos mentales: la de los llamados “Trastornos alimentarios”, luego la del “ADD” y actualmente la de los “TEA”. La gravedad que se le confiere a la situación se amplifica por tratarse de problemáticas de presentación en niños, por lo que, en cada caso, merecieron cierto trámite urgente¹³, que justificó “medidas heroicas” que incluso, en algunos casos, avanzaron sobre sus derechos. Ejemplos de esto han sido: la prohibición de ingresar a la escuela sin ser medicado, la exigencia de un diagnóstico para ser inscripto en un jardín de infantes, la decisión de políticas de cribado poblacional, la necesidad de certificación médica de discapacidad para acceder a cobertura de la atención requerida. También, por medio de esta *“operación epidemia”* puede quedar validado el uso de recursos terapéuticos con efectos adversos nada despreciables o muy costosos o cuya eficacia no está demostrada, etc.

Hemos asistido, en décadas anteriores, a la conformación de equipos e instituciones especialmente dedicadas al tratamiento de la “anorexia”, desde donde se propiciaban internaciones precoces, sistemas de provisión de alimentos especiales, intervenciones a tiempo completo, acompañadas de un montaje mediático en el que se presentaban abundantes modelos identificatorios de la farándula. Hemos visto, poco después, cómo ocuparon los titulares los problemas en la atención. El mapa de distribución de esta nueva epidemia siguió ciertas coordenadas más vinculadas al poder adquisitivo que a las modalidades de propagación de algún agente infeccioso desconocido, que justificara la multiplicación de casos.

Nos parece que, actualmente, la cuestión del autismo está en ese lugar, desde el que frente a la inminente amenaza aparecen recetas salvadoras, que ofrecen al consumo no sólo drogas, sino también instrucciones y modelos identificatorios (técnicas de tratamientos más o menos estandarizados, instructivos de crianza, métodos de detección temprana, historias de vidas más o menos heroicas, etc.), en definitiva, conjuros imaginarios contra la angustia que, previamente, se generó. El miedo atraviesa cuerpos y produce subjetividades dispuestas a hacer propias las promesas de salvación.

En este sentido resulta interesante seguir el derrotero de un dato estadístico, como fue el de la estimación de prevalencia de TEA¹⁴ elaborado por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, 2012).

En la publicación de referencia se estableció para el 2008 una estimación de prevalencia de los TEA del orden de 11.3 por 1.000 (uno en 88) en niños de 8 años. Estas cifras son luego comparadas con las obtenidas en estudios previos, obteniéndose un incremento en la prevalencia de los "TEA" del orden del 23% en dos años (2006-2008) y del 78% en seis años (2002-2006), números muy impactantes, por cierto, que ubican la cuestión en un rango de grave problema para la salud pública. Estas son las cifras que se transforman rápidamente en titulares, con exclusión de referencia alguna a las aclaraciones encontradas en la misma publicación, en cuanto a lo provisorio de los datos y la imposibilidad de otorgarle ni siquiera validez nacional. Si bien hay una serie de cuestiones metodológicas (selección del grupo etario, criterios de inclusión, fuente de obtención de datos, etc.) que permitirían entender cómo se arribó a estos resultados, no es éste el aspecto que pretendemos desarrollar en el marco de este texto, sino más bien proponer la reflexión crítica en relación a la operación ideológica y política que transforma este dato en la evidencia que luego justifica actos, discursos, dispositivos. Podemos constatar la mención de aquella cifra en publicaciones médicas, de educación, en gran cantidad de artículos periodísticos, y que luego son utilizadas también para fundamentar decisiones legislativas y de gestión de recursos, de varios países del mundo.

Adquiere indudable peso en niños/as y familias, presuntos "enfermos o en vías de estarlo", instalando un manto de sospecha que deja poco lugar para la infancia.

Podríamos revisar del mismo modo otras afirmaciones en relación al autismo, que en un contexto altamente medicalizado se presentan equívocamente como "verdades científicas", sin que haya obtenido ese rango según los criterios de validación de la propia ciencia. Contribuyendo de este modo a producir certezas que cubren cualquier grieta en el conocimiento. Pregunta, incógnita, incertidumbre que lejos de entenderse como oportunidad, resulta atentatoria de la integridad de un saber que se requiere hegemónico.

NOTAS

1. Parte de este trabajo fue publicado en Actualidad Psicológica, marzo 2013.
2. Macadar, O. (2001). *La neurociencia después de la década del cerebro*.
3. Ver: Cirulli, F.; Berry, A. & Alleva, E. (2005). Early disruption of mother-infant relationship. Effect on brain plasticity and implications for psychopathology. *Neuroscience and Biobehavioral Review*. 2773-83
4. El psicoanálisis introduce formalizaciones conceptuales que dan cuenta de la necesidad (en un sentido lógico) que tiene la presencia encarnada de un agente materno; el ordenamiento simbólico que introduce la función paterna para todo humano; la articulación de un tiempo lógico con un tiempo cronológico, para pensar la constitución de un sujeto de deseo.
5. Lebeer, J. MD PhD. (1998). Centre of General Medicine, Department of Medicine, Project Learning Enhancement. Universidad of Antwerp. Belgium. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 40 (352-357).
6. Hasta no hace tanto tiempo se solicitaba el denominado "Pronóstico de Educabilidad" en niños con lesiones o enfermedades neurológicas, a partir de lo cual se definía su posibilidad de ingreso escolar.
7. Ob.cit.
8. El destacado pertenece al texto original.
9. Ver al respecto: Macadar, O. "La neurociencia después de la década del cerebro"
10. Al respecto sugiero leer: Al-Qabandi, M.; Gorter, J. W. & Rosenbaum, Peter: Early Autism Detection: Are We Ready for Routine Screening? *Pediatrics*, Volume 128, Number 1, July 2011 1. Downloaded from pediatrics.aappublications.org *Pediatrics*, originally published online June 13, 2011
11. Carl Jung revela que Bleuler introduce el término autismo para evitar el de autoerotismo utilizado por Freud.
12. Algunas de las denominaciones más difundidas: Autismo Infantil Temprano: Kanner (1943), Psicopatía Autista: Asperger (1944), Esquizofrenia Infantil: Bender (1947), Psicosis Simbiótica: Mahler (1952), Autismo infantil: Rutter (1978), Desorden autista (American Psychiatric Association (1987-1994), Síndrome Autista: Gillbert y Coleman (1992), Trastorno autista (DSM). Esta temática se encuentra profundizada en el capítulo 7 de este libro.
13. Esta urgencia está referida a las operaciones a las que habilita más que a una medida del tiempo que consume su concreción, y de esto las familias directamente implicadas en la cuestión podrían decirnos bastante.
14. TEA: trastornos del espectro autista, denominación ampliamente utilizada en textos médicos y científicos, y que próximamente quedará oficializada a partir de la nueva versión del DSM 5.

Bibliografía

- Agamben, G. (2010). *El Sacramento del lenguaje*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- Althusser L. (1970). *Ideología y aparatos ideológicos del estado*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Caletti, S.; Romé, N. (comp.) (2011). *La Intervención de Althusser. Revisiones y debates*. Buenos Aires: Prometeo.
- Centers for Disease Control and Prevention: Prevalence of Autism Spectrum Disorders. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites United States, 2008. en: <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>. Acceso 23-11-2012
- Hornstein, L. (1994). Determinismo, temporalidad y devenir. En *Temporalidad, determinación y azar*. S. Bleichmar (comp.). Buenos Aires: Paidós.
- Kandel, E. (2007). *Psiquiatría, psicoanálisis y la nueva biología de la mente*. Barcelona: GrupoArsXXI de Comunicaciones.
- Al-Qabandi, M.; Gorter, J. W. & Rosenbaum, P. (July 2011). Early Autism Detection: Are We Ready for Routine Screening? *Pediatrics: Volume 128, Number 1, en pediatrics.aappublications.org*
- Macadar, O: (2001) *La Neurociencia después de la década del cerebro*. Instituto de investigaciones biológicas Clemente Estable. Montevideo. <http://cyd.fcien.edu.uy/Docs/Confe/Macadar.pdf>.
- Roudinesco, E.; Plon, M. (2011). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1986). *Intervenciones y textos.1*. Buenos Aires: Manantial.
- Pommier, G. (2010). *Como las neurociencias demuestran el psicoanálisis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Prigogine, I. (1998). *El fin de las certidumbres*. Santiago de Chile: Andres Bello.
- Szasz, T. (2001). Por orden del médico. En *Del hacha al chip*. Burke J., Ornstein (comp.). Madrid: Planeta.

Capítulo VII

EL TRABAJO DE CONSTITUCIÓN SUBJETIVA EN LA CLÍNICA CON NIÑOS GRAVES Y SUS PADRES

Gisela Untoiglich

Creo que la verdad está bien en las matemáticas, en la química, en la filosofía. No en la vida. En la vida es más importante la ilusión, la imaginación, el deseo, la esperanza.

E. Sábato

Como ya se mencionó en otros capítulos, en los últimos 20 años ha habido una explosión de diagnósticos de trastornos, de supuesto origen neurobiológico, que han invadido la infancia. El "Trastorno por Déficit Atencional" hizo su aparición, en Estados Unidos, a mediados de los ochenta y estuvo en el cénit de su magnificencia, al menos en Argentina, entre los años 2000 a 2010. Si bien continúa teniendo una enorme prevalencia, en el último lustro han venido aumentando, de modo exponencial,

los niños diagnosticados como "Trastorno Generalizado del Desarrollo" (TGD), y hace un par de años se ha venido imponiendo la categorización de "Trastorno del Espectro Autista" (TEA).

HISTORIA DEL CONCEPTO AUTISMO

En 1911, Bleuler, psiquiatra suizo, introduce el término Autismo, refiriéndose a una alteración común en la esquizofrenia, que implica el aislamiento de la realidad externa. Subrayaba la tendencia de los pacientes con esquizofrenia a vivir aislados del mundo emocional exterior, encerrados en sí mismos. Del griego, *Autos*: uno mismo; *Ismos*: refiere al modo de estar. Autismo: encierro en uno mismo.

Leo Kanner, en 1930, funda en el Hospital John Hopkins de Baltimore el primer servicio de Psiquiatría Infantil. Luego, en 1943 publica el que será considerado un artículo fundacional sobre el tema, "*Autistic disturbances of affective contact*". Delimita el "Autismo infantil precoz", diferenciándolo de la esquizofrenia infantil. Su construcción se basó en la observación de 11 pacientes, 8 niños y 3 niñas, que tenían en común las siguientes características:

1. incapacidad para establecer relaciones;
2. alteraciones en el lenguaje, sobre todo como vehículo de comunicación social (aunque en 8 de ellos el nivel formal de lenguaje era normal o sólo ligeramente retrasado);
3. insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios;
4. aparición, en ocasiones, de habilidades especiales;
5. buen potencial cognitivo, pero limitado a sus centros de interés;
6. aspecto físico normal y "fisonomía inteligente";
7. aparición de los primeros síntomas desde el nacimiento.

Define el autismo como una "*alteración autista innata del contacto afectivo*".

Casi al mismo tiempo, Asperger (1944), en Alemania, aparentemente sin conocer las publicaciones de Kanner, presenta las historias clínicas de 4 niños y los categoriza como "Psicopatía autista". Las conductas que subraya son:

1. falta de empatía;
2. ingenuidad;
3. poca habilidad para hacer amigos;
4. lenguaje pedante o repetitivo;
5. pobre comunicación no verbal;
6. interés desmesurado por ciertos temas;
7. torpeza motora y mala coordinación.

La publicación fue escrita en alemán y no tuvo trascendencia hasta que un psiquiatra alemán, G. Bosch (1962), utiliza el término "Síndrome de Asperger". En 1981, L. Wing traduce los trabajos al inglés y da a conocer el Síndrome de Asperger.

Erikson (1950), por su parte, atribuye los orígenes del autismo a la relación madre/hijo, subrayando que ciertos bebés, desde muy temprano, tienen enormes dificultades en su respuesta a la mirada, la sonrisa y el contacto físico, lo cual provoca en la madre una distancia que contribuye al aislamiento del niño autista.

En 1952 se presenta la primera versión del DSM y, aunque el autismo ya había sido identificado, no es incluido en esta edición. Los niños con estas características eran diagnosticados como "Reacción esquizofrénica de tipo infantil".

Con la publicación del DSM-III, en 1980, se incorpora el "Autismo infantil" como una categoría específica, con seis criterios centrales para su diagnóstico:

1. Inicio antes de los 30 meses.
2. Déficit generalizado de receptividad hacia las otras personas.
3. Déficit importante en el desarrollo del lenguaje.
4. Si hay lenguaje, se caracteriza por patrones peculiares tales como

ecolalia inmediata o retrasada, lenguaje metafórico e inversión de pronombres.

5. Respuestas extrañas a varios aspectos del entorno; por ejemplo, resistencia a los cambios, interés peculiar o apego a objetos animados o inanimados.
6. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, asociaciones laxas e incoherencia como sucede en la Esquizofrenia.

En el DSM III-R (1987) se sustituye "Autismo infantil" por "Trastorno autista". En el DSM-IV (1994) se incorpora el Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) y se definen 5 categorías: Trastorno autista; Trastorno de Asperger; Trastorno de Rett;

Trastorno desintegrativo infantil y Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado. A partir de esta revisión comienzan a incrementarse los diagnósticos de autismo.

L. Wing y J. Gould proponen, en 1979, una nueva perspectiva para pensar el autismo, ya que observan un número significativo de niños que sin mostrar el perfil Kanneriano para el autismo, exhibían cierto grado de problemáticas en las áreas de interacción social, comunicación e imaginación, conductas rígidas y repetitivas, cualitativamente similares a los "autistas típicos", pero cuantitativamente diversas. Por lo tanto, planteaban que las manifestaciones autísticas se distribuían en un *continuum*, siendo sus límites imprecisos. (Artigas-Pallares y Paula, 2012)

En el DSM-5, cuya aparición se prevé para el 2013, se propone una sustitución de la nominación "Trastorno Generalizado del Desarrollo", por el "Trastorno del Espectro Autista" (TEA), en el cual quedarán abarcados el Trastorno Autista, el Trastorno de Asperger, el Trastorno desintegrativo infantil y el Trastorno Autista no especificado. Los criterios de identificación serán más laxos y abarcadores, y muchos temen una expansión del diagnóstico de autismo, que en realidad ya ha comenzado.

Hasta ahora las causas del autismo son desconocidas. Para ser más precisos, lo cierto es que no se puede englobar a los millones de niños con características autistas en una única categoría, por lo tanto es imposible pensar en una única causa. Existen diferentes hipótesis y diversas líneas de

investigación, que van desde las causas emocionales y/o ambientales hasta la dieta alimenticia, pasando por causas genéticas, intoxicaciones, etc. La mayoría de los investigadores coinciden en que, seguramente, debe tratarse de una combinación de múltiples factores, que no necesariamente se repiten en forma idéntica, en todos los sujetos.

PREVALENCIA

Los cambios en la forma de concebir el autismo, de categorizarlo y, sobre todo, las herramientas utilizadas para diagnosticarlo han ocasionado un cambio radical, en los últimos años, con respecto al número de niños que portan este diagnóstico.

Una revisión de Fombone de 2002 muestra que la prevalencia pasó de 4,4/10.000 entre 1966 y 1991, a 12,7/10.000 entre 1992 y 2001. Filipek señalaba en el 2000 que la prevalencia de niños autistas en Estados Unidos había aumentado a 10-20/10.000. Según Tombim (1997), si se utilizan los criterios del TGD no especificado la proporción pasa a ser 1/100. Los últimos datos de Estados Unidos, tomando como referencia el Trastorno del Espectro Autista, hablan de 1/88 y específicamente 1/59 varones, lo que lo transforma en una cifra más que alarmante.

Sin embargo, todos estos datos se encuentran en discusión dentro de la comunidad científica, ya que no todos acordamos con los instrumentos que se están utilizando para validar el diagnóstico. Guías como el M-CHAT se están queriendo imponer para su aplicación obligatoria a los 18 meses de vida, lo cual va a generar una explosión brutal de casos, sin ninguna posibilidad de que la salud pública de ningún país pueda dar respuesta a la demanda que se generaría. Paralelamente, no podemos obviar, como dato significativo, que alrededor del autismo se genera un negocio estimado en los 90 billones de dólares (Affalo, 2012). Asimismo, nos preguntamos ¿cuáles serían los efectos en la vida de los niños y sus padres, cuando tan tempranamente ciertos signos, que sin duda son alarmantes, se transformen en diagnósticos cerrados, invalidantes e inamovibles?

Pondré a trabajar estos interrogantes en relación con un caso clínico.

TOBIÁS, UNA OPORTUNIDAD PARA EL ENCUENTRO

Su historia

Los padres consultan por Tobías a los 3 años, derivados por el pediatra. Hacía 6 meses habían realizado la primera consulta, con una neurolingüista, recomendada por una amiga, porque no hablaba. La neurolingüista lo diagnostica como un "Trastorno Generalizado del Desarrollo" (TGD) y los deriva a una interconsulta con neurología. El neurólogo lo evalúa, les dice que en realidad es un "Trastorno del Espectro Autista" (TEA), les completa las planillas para que soliciten el "certificado de discapacidad" y les organiza un plan de trabajo de 8 horas diarias en el domicilio, con un equipo rotativo de terapeutas: psicopedagogas, docentes especiales, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogas, etc. Propone medicarlo con Risperidona¹ para que responda mejor al tratamiento y para que baje su nivel de berrinches. Luego de unos meses, los padres observan que su hijo está cada vez peor, más rigidizado, menos tolerante, se sienten invadidos por todos los terapeutas en su casa, no están tranquilos con la medicación que le están dando y deciden hablar con el pediatra, quien no acuerda con el enfoque que se le está dando al tratamiento de Tobías, de manera que solicita otra interconsulta.

Los padres de Tobías llegan cansados a la entrevista, están desgastados, vuelven a contar los hechos y describir al niño como si funcionaran en piloto automático. Según la madre, "hasta el año parecía un chico normal", luego dejó de responder a su nombre. Aletea, se aísla, los utiliza como instrumento para conseguir objetos, no interactúa con otros chicos, ni siquiera con su hermana dos años mayor. No mira a los ojos. Refieren que es muy estructurado, que está fijado a algunos objetos y rutinas, y se obsesiona con la televisión. Cuando no está en terapia, pasa muchas horas viendo las mismas películas.

Les solicito que me cuenten la historia de Tobías. Relatan que nació y al segundo día comenzaron los problemas: dejó de comer, bajó la glucosa y le diagnosticaron la "Enfermedad de Hirschsprung²". A los 15 días de vida tuvieron que intervenirlos quirúrgicamente, sufrió una infección, estuvo un mes internado muy grave, y a los 3 meses hubo que realizarle una

segunda operación, que también tuvo complicaciones. Les costó mucho lograr la estabilidad física del niño.

La madre dice: "Sigue estando muy pegado conmigo, quizás lo aislé demasiado. No acepta el NO, pero él entiende. Quiero creer que entiende".

Emite sonidos pero no habla. La madre formula su temor a no estar en el camino correcto y estar perdiendo un tiempo valioso.

El padre expresa: "Quizás no sepamos cómo ayudarlo". Siempre estuvimos muy pendientes de su salud física. Ahora somos los padres de un autista.

La madre cuenta que debido a la enfermedad de nacimiento del niño obtuvo 6 meses de licencia laboral que generó un vínculo muy apegado, en el que nadie de afuera tenía mucho espacio. El padre, por su parte, dice que no encontraba el modo de relacionarse con el niño y que además estaba preocupado por los celos de la hija mayor.

Actualmente, el niño está la mayor parte del tiempo al cuidado de sus abuelos maternos, con un desfile interminable de terapeutas que dejan un sinnúmero de indicaciones que nadie consigue seguir, lo cual le genera a la madre mucha culpa y ambivalencia.

Cuando les pregunto qué suponen que le ocurre a su hijo, me recitan las características de manual establecidas en el DSM-IV para el diagnóstico de TGD. Parecen resignados, anestesiados. Sin embargo, mientras la madre va relatando la historia comienza a angustiarse, ante lo cual su marido se sorprende, ya que nunca la vio angustiada. La madre dice que ahora, que está contando todo lo vivido, se da cuenta del peso que sentía y lo sola que estaba en su sufrimiento, ya que, hasta ese momento, sólo se había podido ocupar de la supervivencia de Tobías, de que no le pasara nada. Su preocupación y tensión eran constantes y le reprochaba a su marido cómo podía seguir adelante y ser feliz con todo lo que ocurría a su alrededor. Él suponía que su deber era garantizar el bienestar económico de la familia y ocuparse de la hija mayor, pero nunca había dimensionado la angustia de su mujer.

Tobías: entrevistas vinculares

Tobías concurre a la primera entrevista junto a sus padres. En un principio observa los objetos del consultorio y no busca conectarse conmigo, aletea y da pequeños saltitos al ver los juguetes. Se dirige a los objetos y vuelve a los padres. Parece esperar alguna consigna. Toma los canastos llenos de juguetes y se los tira encima. Tiene un pastito en la mano que no suelta por un buen rato. Está todo el tiempo con el chupete en la boca y lo hace girar como un molinete. Busca los animales y comienza a alinearlos, toma el tigre y luego lo deja. La madre dice, sin ningún gesto de Tobías que lo indique: *¿Estás buscando el tigre?* E inmediatamente se lo da. Tobías no la mira y la madre enuncia: *Me parece que me apuro todo el tiempo.*

Se dirige hacia el padre y deja el chupete, emite un sonido por primera vez. Le arrojo una pelota y aletea.

Quita a la madre de su silla, se sienta en el escritorio y comienza a garabatear una hoja. La madre aclara que la psicopedagoga le dibuja figuras geométricas para que él las discrimine. Tomo un marcador y comienzo a dibujar en su hoja, choco mi marcador contra el de él, me observa por primera vez.

Busca los ladrillos, los tira y cuando le digo que es la hora de irse, toma dos ladrillos, me mira y le propongo que se los lleve y los traiga el próximo encuentro.

Entrevista con Tobías y su padre

Entra y me mira, tiene los dos ladrillos en la mano, interactúa conmigo y los juguetes. Comienzo a hacer burbujas y las atrapa. El padre exclama: *¡Es la primera vez que lo veo jugar!*

Puede pedir cosas a través de gestos.

Entrevista con Tobías y su madre

Es la tercera entrevista, Tobías llega y se deja abrazar, sonrío al verme, se sienta en mi sillón y comienza a hacer trazos en un papel un largo rato. Le dibujo el contorno de su mano en la hoja, dibujo encima el contorno de mi mano, se ríe, pinta su mano, dibujo una carita en mi pulgar y le hablo de modo gracioso, extiende su dedo, y diseño una carita en el suyo e **invento un juego**. No busca espontáneamente la interacción, pero la acepta y parece disfrutarla.

Le ofrezco los animales, armo una escena, les doy de comer, imito ruidos de animales y Tobías, de a poco, comienza a emitir sonidos nuevos. Le oferto algunos animales a la madre y desplegamos una escena lúdica interactuando los tres. La madre se sorprende y exclama: *¡No sabía que podía todas esas cosas, no sabía que podíamos jugar juntos!*

Entrevista familiar

Luego de una entrevista con los padres en la que plantean que no saben cómo abordar las dificultades de Tobías con su hermana, y la insistencia de la niña por saber cuándo iba a hablar su hermano y concurrir a su colegio, decido citar a los cuatro juntos.

Tobías llega muy contento, Juana se presenta muy tímida. Tobías, a pesar de no hablar, se comunica a través de gestos, gritos y gruñidos, asumiendo una actitud muy despótica a partir de la cual dirige las acciones de todos.

Les propongo realizar un dibujo, Tobías acapara todos los marcadores, sin embargo, su hermana no confronta con él. Tobías hace puntos, su madre lo imita, él se enoja, Juana dibuja una casa y el padre complementa su diseño.

Tobías comienza a vocalizar más, imitar gestos y emitir algunos sonidos como si fueran una canción. Juana explica que es una propaganda de la televisión que a su hermano le gusta mucho.

Tobías busca un tubo de plástico y pasa por él, invito a toda la familia a pasar por el tubo y comienza un esbozo de juego de persecución y de atrapar a los niños, en el cual todos disfrutaban.

Se observa un enorme esfuerzo de Juana por vincularse con su hermano y tratar de entenderlo. Le pregunto a Juana qué la preocupa de su hermano y expresa: *Yo quiero poder jugar con él y quiero que me hable, yo hago todo lo posible pero él no me hace caso.*

Trabajamos en relación a las dificultades de Tobías y traté de desresponsabilizarla y desadultizarla con respecto a su creencia de que ella era responsable de que su hermano hablara o de que los demás lo entendieran.

Difícil oficio ser hermana mayor de un pequeño con dificultades tan importantes.

Entrevista con los abuelos

Los abuelos maternos, quienes comparten la mayor cantidad de horas con el niño y el equipo terapéutico domiciliario, solicitan una entrevista, los padres acuerdan en la importancia de la misma. Los abuelos se muestran agobiados pero absolutamente deseosos de colaborar. La abuela había sido maestra y dice que fue la primera en darle una señal de alarma a su hija con respecto a las conductas de Tobías, ya que la preocupaba que el niño fuera autista. Cuando recibieron el diagnóstico de TGD se tranquilizaron porque a partir de ahí todo cobraba otro sentido, sin embargo, consideran que todo ese equipo en la casa, observando al niño y dando pautas, no los estaba ayudando. Por otra parte lo veían peor desde que tomaba la medicación.

Estrategias terapéuticas

Luego del proceso psicodiagnóstico, instalado cierto vínculo transaccional, me reúno con los padres y les planteo mis hipótesis clínicas y mi propuesta de trabajo. En principio coincido en que hay signos clínicos muy preocupantes en Tobías, de hecho cumplía con los 14 ítems para diagnosticar "Trastorno autista" del DSM-IV, sin embargo, estaban las respuestas que Tobías comenzaba a producir a partir de mis intervenciones, estaban los cambios que iban apareciendo, no sólo en los padres, sino también en la familia en general, en el posicionamiento, en la mirada, en el modo de vincularse desde un trabajo que se iba construyendo entre todos. Comenzamos la revisión de las estrategias clínicas.

En primera instancia creía absolutamente imprescindible proponer la revisión, junto con el pediatra, que además tenía especialidad en neurología, y con los padres, respecto al consumo de un psicofármaco que nadie parecía considerar necesario, teniendo en cuenta el nivel de riesgos que implicaba el mismo³. Se coincidió en retirarlo lentamente, para no provocar desequilibrios químicos en el niño.

Luego era indispensable repensar las propuestas terapéuticas. Si bien concuerdo con que estos niños necesitan un trabajo muy intenso, también considero que transformar la vida del niño en un *continuum* terapéutico y ubicar a los padres como co-terapeutas, no sólo no los ayuda, sino que los rigidiza, los sobrecarga de responsabilidad y los hace perder la posibilidad de vincularse placenteramente con este hijo.

En los casos de patologías tan graves, siempre es necesario el trabajo entre-disciplinas (Untoiglich, 2009). No hay un profesional más importante que otro, pero todo equipo tiene que tener un profesional que lo coordine. También opino que no es responsabilidad de los padres coordinar los equipos terapéuticos, porque eso los sobre-exige en una función que los excede y no les permite ocuparse de otro tipo de contacto con su hijo. El profesional que coordine tendrá que proponer las estrategias terapéuticas, es decir, qué terapias se van a proponer, cuántas horas, para qué, hasta cuándo. Este plan deberá tener una revisión periódica por parte del equipo junto a los padres, en función de los cambios que se van produciendo en el niño.

Propuse que el niño comenzara a concurrir un par de horas a un jardín de infantes pequeño que lo pudiera alojar y contener, para otorgarle la posibilidad del encuentro con otros niños. Consideré fundamental que Tobías empezara a relacionarse con pares, más allá de su hermana, lo cual también iba a descomprimir de responsabilidad a los abuelos y a la niña, e iba a promover otras posibles identificaciones y espejos en los cuales proyectarse. Se solicitó su ingreso a sala de dos años, debido a que, por su nivel de lenguaje y juego, seguramente se iba a encontrar más cómodo con niños más pequeños. La escuela aceptó y se procuró una maestra integradora que lo acompañara y lo ayudara en su inclusión al grupo. En la casa se propuso que sólo hubiera una acompañante, siempre la misma, durante dos horas, tres veces por semana, que jugara con el niño, tomando fundamentalmente en cuenta la iniciativa del pequeño. Se dejaría como espacios terapéuticos fonoaudiología y psicología: el tratamiento psicológico propuesto en principio, era de dos sesiones semanales, a una concurriría con el padre y a otra, con la madre. Asimismo, manteníamos con los padres entrevistas periódicas y reuniones con todo el equipo terapéutico.

Tobías, un niño que aparece

Pasados tres meses de tratamiento, se van de vacaciones. Tobías regresa muy contento a su espacio terapéutico y se pone a jugar con unas pelotitas, a las que pasa por una torre. Por primera vez, al lograr resolver el juego de las pelotitas, emite una palabra en el consultorio, dice "¡GENIAL!". El tono que utiliza es extraño, como si fuera un dibujo animado.

Los padres cuentan que repite sonidos, copia expresiones de los dibujitos animados, señala lo que quiere y está más sociable.

En otra oportunidad, Tobías llega a sesión y, cuando abro la puerta, está casualmente parado detrás de su abuela, hago que no lo veo y digo: *Qué lástima que no vino Tobías, con las ganas que yo tenía de jugar con él.* Juego a buscarlo y no encontrarlo. Al principio me mira desconcertado como expresando: ¿por qué no me ves si acá estoy? La abuela se suma al juego y dice que Tobías no vino, mientras lo esconde con su abrigo, lo descubro y lo abrazo, sonrío feliz. A partir de ese momento comienzan a posibilitarse otros jugares...

ENTRECRUZAMIENTOS TEÓRICO – CLÍNICOS

Quisiera dejar en claro que el recorrido que realizaré aquí no es para pensar EL Autismo, ya que no creo que exista “EL” autismo como una unidad cerrada y predeterminada, sino que existen diversos “niños con signos clínicos de autismo” (Kaufmann, 2008), que evolucionan de diferentes maneras según múltiples factores, entre ellos el modo de abordaje terapéutico que se realice.

Sujeto psíquico y redes neuronales

Cuando un niño llega a la vida, suele ser esperado amorosamente por sus padres, en él se proyectan anhelos, deseos, fantasmas, miedos, historias ancestrales que se entraman de modos imprevisibles. Cuando el hijo nace con una enfermedad, con un riesgo de vida importante, todo se conmociona, se torna caótico, la vida queda en suspenso, con frecuencia la de la madre, quien suele ser la que asume un compromiso visceral con el pequeño ser, su pequeño ser que lucha por vivir. Puede ocurrir que en esta lucha por la supervivencia física, que sin duda es primordial, se dejen de lado otras prioridades.

El sujeto psíquico se constituye en un devenir de encuentros y desencuentros con los otros significativos. El inconsciente no es un existente

desde los orígenes, es un producto de cultura fundado en una relación sexualizante con el semejante y, fundamentalmente, es producto de la represión originaria que proviene del otro (Bleichmar, 1993). El aparato psíquico se constituye a partir de las inscripciones procedentes del exterior y está permanentemente sometido a su embate, abierto a lo real (Bleichmar, 2004). El pequeño no es pasivo, realizará su apropiación activa de dichos elementos.

Dicha autora (1993) distingue “*lo arcaico*” y “*lo originario*”, planteando que responden a dos modos de procesamiento psíquico. Lo arcaico es lo nunca tramitado, en sentido estricto, aquello que opera como un fragmento de realidad psíquica adherida a lo vivencial, inscripto pero no articulado a los sistemas que se rigen por otras legalidades psíquicas. Remite a “*los signos de percepción*” que Freud enuncia en la Carta 52, para dar cuenta de un modo de inscripción imposible de ser transcrito, estos pueden permanecer en el aparato a lo largo de la vida, a partir de experiencias traumáticas inmetabolizables. Estos signos son elementos psíquicos que no se ordenan bajo la legalidad del inconsciente ni del preconscious, que pueden ser manifiestos sin ser conscientes, que se dan a ver en ciertas modalidades compulsivas de la vida psíquica, en las referencias traumáticas no sepultables por la memoria y el olvido, desprendidos de la vivencia misma, no articulables. Aquí la represión no ha podido sepultar en el inconsciente los restos de lo traumático, que continúan investidos y operando, y que llevan a Freud a re-conceptualizarlos en 1920 bajo uno de los modos de concebir la operancia de la pulsión de muerte, como desligazón. (Bleichmar, 2004).

Posiblemente cuando Tobi nació, el mundo se desmoronó en el interior materno, pero no había ninguna posibilidad real de ocuparse de eso. Era imperioso distanciarse de la angustia y sostener a un hijo cuya vida se escurría entre las manos. A veces, ciertas desconexiones son necesarias para la supervivencia, para poder seguir operando. Por supuesto que no se trata de culpabilizar a los padres ni de buscar causalidades únicas y lineales, sino de entender dónde este tejido conjunto, que es la subjetividad de un niño en constitución, perdió la trama, se desamarró, o nunca se anudó.

En estos casos el trabajo de análisis tendrá que promover la constitución de un tejido simbólico capaz de entramar lo desgarrado. El concepto que Silvia Bleichmar (2004) propone es el de “*simbolizaciones de transición*”

que posibilitan la apropiación de un fragmento de lo real que no puede ser aprehendido por medio de la asociación libre.

Podríamos pensar que en tanto el yo está fundado por el narcisismo del otro, el *a priori* está en el otro; tiempo y espacio son categorías que enmarcan los cuidados que el adulto da al niño si tiene preconsciente que pueda establecer la regulación de estas acciones. Esta idea de que no basta con que haya un adulto, sino que tiene que haber un adulto con una tópica funcionando, es una idea central de lo que yo planteo; y que el problema no es que el adulto tenga el lenguaje en el sentido de habla (o de hablar), sino que tenga el preconsciente funcionando y capacidad de emitir enunciados respecto a la cría. Y estos enunciados organizan estos cuidados, no hay una transmisión directa del enunciado. El problema del niño no es el ser hablado, sino que es constituido en el marco de organizaciones temporales-espaciales que lo preceden y de deseos que se inscriben en el lenguaje que lo captura (...) el psiquismo humano procesa lo que le llega, lo articula de modo diverso a la materialidad de partida, y genera con ello un orden nuevo, una neo-creación que pone al servicio de la producción de cultura y de su atravesamiento deseante (...) la realidad exterior no sólo incide sino que constituye, en razón de que introduce de modo permanente desequilibrios que obligan a un trabajo de ligazón y evacuación, complejizando las funciones y constituyéndose en motor del crecimiento psíquico. (Bleichmar, op. cit.)

Sin embargo, cuando la realidad exterior y la información interior de un pequeño sujeto que está en los comienzos de la vida, es tan arrasadora, y el adulto, que debiera sostenerlo psíquicamente y funcionar como escudo protector a los estímulos externos proveyendo elementos para el procesamiento interno, no está en condiciones de hacerlo porque él mismo se encuentra devastado, puede ocurrir que esa subjetividad se constituya de un modo muy fragilizado. Por lo tanto el pequeño se atrincherará en los pocos refugios que logre armar, por ejemplo, sus rutinas, ciertos movimientos repetitivos que brindan seguridad, en un intento desesperado por ordenar el caos vivenciado.

En algunos niños, la televisión, las películas que se repiten una y otra vez, pueden funcionar como un parapeto en el cual guarecerse, y muchos de ellos cuando comienzan a hablar, como Tobi, lo hacen con una prosodia extraña, un hablar neutro, más cercano a los personajes de los dibujos animados que a sus padres. Los podríamos pensar como "los niños neutro".

El Otro no parece funcionar como ordenador de la experiencia, el baño del lenguaje no parece provenir de allí, y el pequeño se trata de armar con los elementos que tiene a mano, pero que no alcanzan para subjetivarlo.

Si nos interrogamos acerca de la constitución psíquica, será necesario reflexionar sobre el narcisismo que es condición para la fundación del Yo. Freud (1914) establece que el narcisismo infantil es el heredero del narcisismo parental. Da cuenta del movimiento pulsional e identificatorio.

Hornstein (2000) plantea que el narcisismo en su aspecto trófico mantiene la cohesión organizacional. Sin embargo, también existe un narcisismo patológico que puede cerrar el sistema psíquico a ciertos ruidos (traumas) que generan un efecto desorganizante. Cuando esto ocurre muy tempranamente, como en el caso de Tobi, dificulta la organización inicial.

Green (1999) propone pensar un narcisismo de vida y un narcisismo de muerte, el primero está en referencia a la unificación, a las pulsiones de vida, el segundo a las pulsiones de muerte, a la nada. El narcisismo negativo se dirige a la inexistencia, la anestesia, el vacío, lo blanco, lo neutro, la indiferencia afectiva.

Las perturbaciones narcisistas se muestran como riesgo de fragmentación, angustia difusa, depresión vacía (Hornstein, op.cit.).

En las "patologías del ser", lo que está en juego es del orden de lo primario, son las cuestiones narcisísticas, las carencias están ligadas al "carozo" de la subjetividad (Untoiglich, 2009).

El Otro, cuando está en condiciones, provee los elementos para la subsistencia y, a su vez, inscribe los recursos en su "potencialidad simbolizante" (Hornstein, op.cit), pulsión de vida. Pero cuando el Yo no puede ejercer su capacidad de ligadura, se activa la pulsión de muerte, el predominio de lo desligado. Se retiran las catexias del objeto para evitar el dolor. Por otra parte, cuando la muerte acecha en lo real, como en los inicios de Tobi, todo se complejiza aún más.

En estos casos la intervención del analista apunta a la producción de elementos nuevos de recomposición y articulación, que construyen un elemento diferente del preexistente, promoviendo nuevas simbolizaciones. A este trabajo Silvia Bleichmar (2000) lo denomina *Neogénesis*.

Por otra parte, hoy sabemos que psiquismo y cerebro se encuentran vinculados, que la constitución del psiquismo y el armado de las redes neu-

ronales están relacionados, que no podemos pensar una corporalidad sin subjetividad o una subjetividad sin corporalidad. Asimismo, reconocemos que las experiencias dejan su huella en la construcción de ese psiquismo y en el cerebro, tanto en las neuronas mismas como en la posibilidad de realizar sinapsis. En la actualidad se conoce que las neuronas se transforman por acción del medio ambiente. Los genes se activarán o no de acuerdo a la experiencia, a esto refiere Kandel (1998) con el concepto de “*vulnerabilidad genética*”.

Ansermet y Magistretti (2006) subrayan la originalidad de cada cerebro y las modificaciones que se producen en el mismo a través de las interacciones. Por lo tanto, cada quien trae su bagaje genético + sus condiciones biológicas + sus circunstancias socio-históricas, y se encuentran con el deseo del Otro – que también es otro datado y situado en su tiempo histórico - con el cual las experiencias pueden transformarse en experiencias subjetivantes o desubjetivantes.

Levin (2010) toma el concepto de plasticidad neuronal de la biología y lo enriquece proponiendo la “*Plasticidad simbólica*”. Según Kandel cualquier experiencia aprendida puede producir plasticidad neuronal, pero cuando se suprime el estímulo, pierde “tenacidad”. Sin embargo, cuando la experiencia se convierte en un acontecimiento significativo, lo cual suele estar mediado por Otro, por su deseo, esto posibilita nuevas redes asociativas, nuevas sinapsis, novedosas posibilidades de conexión, lo que genera una apropiación subjetiva de la experiencia.

El trabajo con las oportunidades clínicas

Quisiera comenzar este último apartado proponiendo pensar junto al lector los siguientes interrogantes: ¿cuáles son las consecuencias, en la vida de los niños y sus padres, de un diagnóstico temprano que enuncie: su hijo ES AUTISTA?, ¿cómo pensar la infancia y sus vaivenes, su movimiento, su gesto espontáneo cuando se la encorseta en un diagnóstico?, ¿cuánto de la rigidez de los niños con signos clínicos autistas se profundiza con cierto tipos de abordaje?, ¿será que el niño no tiene otra posibilidad que SER autista? ¿será que los padres no tienen otra posibilidad que ser los padres del autista?

Nunca sabremos qué hubiese sucedido subjetivamente con Tobi si no hubiese nacido con la enfermedad con la cual nació. Nunca sabremos si la desconexión de Tobi tuvo una relación directa con dicha enfermedad, si su vulnerabilidad genética contribuyó ni tampoco, qué hubiese pasado con los padres si estas circunstancias no se hubiesen presentado. Lo innegable es que ciertos acontecimientos en la vida de los sujetos cambian el curso de su existencia para siempre. En el caso del nacimiento de un hijo con problemas graves, modifica la vida de esos padres de modo ineludible. Cuando a esto se le añade un diagnóstico de autismo a los 2 años, el futuro queda fuertemente signado.

Tobi había logrado sobrevivir físicamente, pero psíquicamente él y sus padres estaban devastados. A partir del diagnóstico de TEA, los padres de Tobi ya no fueron los padres de un niño, eran los padres de “el autista”. Se relacionaban con él desde las características que determinaba el Manual, ya nadie esperaba que Tobi fuera otra cosa que “un TEA”, y el desfile de terapeutas que poblaba la casa transformaba todo espacio y todo vínculo en terapéutico. Los padres de estos niños dejan de hacer cosas, que su mismo sentido común les posibilitaría hacer con cualquier otro hijo, y, de este modo, toda acción se transforma en colaboradora de la terapia u obstaculizadora de ella. Este panorama, con frecuencia, rigidiza las acciones y refuerza los síntomas patognomónicos.

En los encuentros con Tobi y sus padres pudieron comenzar a ocurrir otras cosas.

La clínica actual nos interpela y promueve debates que son insoslayables. ¿Cuál es el lugar de un analista en el tratamiento de niños graves?, ¿cómo se incluye a los padres en este trabajo?, ¿puede el psicoanálisis aportar al trabajo con estos niños?

En principio, Tobi fue para mí un niño con quien quería vincularme. Por lo tanto, era evidente, que yo tenía que ser quien hiciera el esfuerzo de construir los puentes para que, por allí, pudiera transitarse. Nunca puede estar preestablecido el cómo ni con qué elementos lo lograremos, sólo contamos con nuestra **apuesta** a que algo de otro orden se produzca.

Tobi tomó los marcadores e hizo trazos mecánicamente, la psicopedagoga los transformaba en figuras geométricas que a Tobi poco le importaban. Choqué mi marcador con el de él, me miró.

Disfruté haciendo burbujas, Tobi se sonrió, el padre se asombró.

Creé un juego con los dedos, Tobi se volvió accesible. Armé una escena lúdica con la madre, Tobi disfrutó de ese encuentro posible.

Inventé un juego de escondidas con un pequeño que simplemente estaba parado detrás de su abuela. Inventé un vínculo. Allí un niño diferente se perfiló, un niño que no existía antes de estas intervenciones, que se crea a partir de ser mirado de otra manera, esperado de otro modo, en un lugar diferente.

Movimientos fundantes / momentos inaugurales. Crear una demanda en un niño que parece no demandar, abrir las puertas a que un deseo vital comience a circular en el niño, en los padres, en los abuelos. Construir las vías de la intersubjetividad entre el hijo y sus padres. Deconstruir los techos que, con frecuencia, se le imponen a estos niños y a sus padres, con límites que están más ligados a resistencias y prejuicios de los profesionales que a imposibilidades del pequeño.

Si algo nos enseña la clínica con estos niños es que, según el tipo de intervenciones que se produzcan, pueden construirse diversas modalidades de organización subjetiva que previamente no eran posibles, o también puede obstaculizarse su surgimiento.

En la actualidad existen fuertes debates acerca de cuáles son los modos de abordajes con estos niños. Una puja supuestamente científica, pero atravesada por múltiples intereses políticos, bio-políticos y, fundamentalmente, económicos, y un ataque feroz hacia el psicoanálisis. Por otra parte, el psicoanálisis más tradicional parece adormecido o se refugia en sus propias trincheras, y parece que no pudiera dar respuesta a los malestares de la época. Sin embargo, si nos planteamos el desafío de apuntar hacia un psicoanálisis cuestionador, que pueda construir en los bordes, que camine por las fronteras, que no esté tan preocupado por seguir "el método" que la ortodoxia impone (¿qué ortodoxia?, sin duda no la de Freud que era un inventor), que pueda salir de su propio aislamiento y enriquecerse de otros aportes y otras disciplinas de la ciencia actual, que no entienda la abstinencia profesional como falta de compromiso, que sea capaz de lidiar con lo impredecible y soportar la incertidumbre, que deje de lado su soberbia, que confronte y discuta ideas y no narcisismos, que incluya en sus estrategias el trabajo con profesionales de otras disciplinas en cali-

dad de pares, que no utilice algunos conceptos teóricos como parapetos contrafóbicos, que se implique en la cura de sus pacientes manteniendo una asimetría, pero estableciendo un compromiso mutuo, que escuche la singularidad teniendo en cuenta el contexto socio-histórico, que parta de lo existente y construya lo que nunca estuvo, ese modo de abordaje desde el psicoanálisis seguramente tendrá mucho que aportar en el trabajo con estos niños y sus familias.

El azar puede transformarse en oportunidad de intervención subjetivante cuando el terapeuta atento a esos pequeños gestos, los toma, los recrea y los transforma. Cuando el terapeuta está dispuesto a jugarse en esa entrega, lo cual posibilita transformar al niño, a los padres, pero a su vez ser transformado él mismo en ese encuentro.

NOTAS

1. La Risperidona es un antipsicótico atípico que se está utilizando cada vez más en niños pequeños, cuando en el prospecto del producto dice especialmente Niños: Se carece de experiencia en niños menores de 15 años". Asimismo en las precauciones podemos leer: "En pacientes con demencia aumenta el riesgo de episodios isquémicos cerebrales, entre los que se incluyen accidentes cerebrovasculares, algunos de ellos de desenlace mortal; alteraciones cardiovasculares; debido a la posibilidad de disminuir el umbral convulsivo, se recomienda precaución sobre todo en pacientes de alto riesgo; riesgo hepático; puede aumentar el riesgo de Síndrome Neuroléptico Maligno o empeorar los síntomas de la enfermedad de Parkinson; la administración de antipsicóticos se ha asociado a síndrome neuroléptico maligno, complejo sintomático potencialmente mortal (que cursa con hipertermia, rigidez muscular, alteración de la conciencia, pulso errático, diaforesis, taquicardia, etc.). Por lo general, los médicos que indican este fármaco no suelen explicarle a los padres los riesgos que se están corriendo al administrárselo y los otros profesionales tampoco parecen estar al tanto de dichos peligros cuando lo recomiendan o aceptan que sus pacientes estén medicados con dicho fármaco, sin plantear ningún cuestionamiento.
2. Es un trastorno congénito, que consiste en una obstrucción del intestino grueso debido al movimiento muscular impropio en el intestino. Los nervios están ausentes de una parte del intestino. Las áreas carentes de dichos nervios no pueden empujar el material, causando un bloqueo.
3. Con frecuencia los profesionales de la salud (no médicos) reciben niños medicados con psicofármacos, de quienes desconocen hasta su nombre, y no investigan cuáles son los efectos adversos de dichas drogas, ya que consideran que no es su área de incumbencia. Sin embargo, me parece fundamental que todos los profesionales que trabajamos con niños conozcamos las contraindicaciones y ayudemos a los padres a discriminar cuán necesario es su uso y poder plantearlo al médico que lo indicó.

Bibliografía

- AAVV (2012). *DSM-5 Proposed Criteria for Autism Spectrum Disorder Designed to Provide More Accurate Diagnosis and Treatment. News Release*, American Psychiatric Association. Disponible 5/2/2013 Accesible en <http://www.dsm5.org/Documents/12-03%20Autism%20Spectrum%20Disorders%20-%20DSM5.pdf>
- Aflalo, A. (2012). *Autisme. Nouveaux spectres, nouveaux marchés*. Paris: Navarin / Le Champ Freudien.
- Artigas-Pallarès, J. e Isabel, P. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 32 N° 115 567-587. Disponible el 15/2/2013. Accesible en <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16534/16374>
- Asperger, A. (1944). Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*; 127:76-136.
- Bleichmar, S. (1993). *La fundación de lo inconciente*. Buenos Aires : Amorrortu.
- Bleichmar, S. (2000). *Clínica Psicoanalítica y Neogénesis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bleichmar, S. (2004). Simbolizaciones de transición: Una clínica abierta a lo real. *Docta - Revista de Psicoanálisis - Editada por la Asoc. Psicoanalítica de Córdoba Año 2/ Otoño-Invierno*. Disponible el 6/6/2012 Accesible en <http://www.silvialeichmar.com/framesilvia.htm>
- Bleuler, E. (1911), *Lehrbuch der Psychiatric*. Berlin: Springer Verlag.
- Filipek, P.A.; Accardo, P.J.; Ashwal, S. (2000). Practice parameter: Screening and diagnosis of autism. *Neurology* 55: 468-479.
- Green, A. (1999). *Narcisismo De Vida, Narcisismo De Muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hornstein, L. (2001). *Desafíos de la terapia psicoanalítica*. Disponible el 18/2/2013. Accesible en <http://www.luishornstein.com/textos/audepp.pdf>
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 10: 217-50.
- Kaufmann, L. (2010). *Soledades. Las raíces intersubjetivas del autismo*. Buenos Aires: Paidós.
- Untoiglich, G. (2009). *Patologías actuales en la infancia*. Buenos Aires: Noveduc.
- Wing, L. and Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction: and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9 (1), pp. 11-29.
- Wing, Everard y cols. (1982). *Autismo infantil. Aspectos médicos y educativos*. Madrid: Santillana.

PARTE 4

ACERCA DE INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

Capítulo VIII

UNA ESCUELA QUE ALOJE LA DIVERSIDAD

Gisela Untoiglich

La educación es el modo como las personas, las instituciones y las sociedades responden a la llegada de los que nacen. La educación es la forma en que el mundo recibe a los que nacen. Responder es abrirse a la interpelación de una llamada y aceptar su responsabilidad. Recibir es hacer sitio: abrir un espacio en el que lo que viene pueda habitar, ponerse a disposición de lo que viene sin pretender reducirlo a la lógica de nuestra casa.

J. Larrosa

Me gustaría comenzar este capítulo partiendo de la siguiente pregunta: ¿Cómo alojar las complejidades de la infancia, que se dan a ver en la institución escolar, sin patologizar las diferencias?

A lo largo de los últimos años nos hemos encontrado con que cada vez hay más niños que no se ajustan a lo esperable, que cada vez hay más padres

que necesitan un mayor sostén para la crianza de sus hijos y, por lo tanto, cada vez hallamos mayores niveles de fragilización. Asimismo, la institución escolar también está atravesando una época de mayor precarización.

Lewkowicz (2004) realiza un análisis profundo de lo que ocurría en los inicios del siglo XXI en la escuela, centrándose en el corrimiento del Estado-Nación de las últimas décadas, con especial énfasis en los años noventa, planteando que a partir de esa etapa se ven alteradas las condiciones de existencia de los individuos, tanto como de las instituciones, surgiendo lo que él denominó como “*escuelas-galpón*”. Es interesante pensar como Lewkowicz conjuga instituciones educativas con lo que el sociólogo Z. Baumann (2000) denomina como “modernidad líquida”, ya que, justamente, una parte del problema es que las escuelas se crearon en plena modernidad sólida (siglo XIX) y transmiten allí sus saberes docentes formados en el siglo XX a niños nacidos en el siglo XXI, por supuesto que esto es en sí mismo un problema. A Lewkowicz le preocupa el grado de anomia en el cual vivimos, lo cual trae como una de sus consecuencias, que los pequeños se encuentren con adultos a quienes les cuesta sostener legalidades, en un mundo que premia el éxito fácil y a cualquier precio. Las “*escuelas-galpón*” son aquellas en las cuales los niños son depositados sin demasiadas esperanzas por su porvenir, debido a que también ha caído uno de los baluartes del siglo XX que es la idea de progreso. Hoy son pocos los que sueñan que sus hijos tendrán un futuro mejor que ellos. En el otro extremo, las escuelas de los niños de clases acomodadas, se rigen por las leyes de mercado, en las cuales se trata que los pequeños incorporen más y más contenidos y, a menudo, si es necesario que estén medicados para sostenerse, ¡adelante!

Por otra parte, la lógica del mercado, como ya vimos, hoy también se impone en los modos de realizar diagnósticos. El DSM-IV (y próximamente con mucha mayor virulencia el DSM-5) pone de manifiesto una modalidad de búsqueda de respuestas rápidas, de supuesta satisfacción del cliente, sin tiempo para los procesos y para el encuentro con lo doloroso, con poco compromiso por parte del profesional en el sostén del niño y su sufrimiento. Parece ser más sencillo imponer una etiqueta diagnóstica que tomarse el tiempo para indagar acerca de los padecimientos de un sujeto. A su vez, la escuela desbordada por múltiples demandas, tampoco

está en condiciones de alojar las diferencias – a pesar de que las directrices ministeriales, al menos en Argentina, así lo indiquen -, lo cual redobla el desamparo del niño.

El objetivo de la Institución escolar es brindar a los alumnos las posibilidades para que todos aprendan allí. Cuando los padres inscriben al niño legalmente, lo ubican en una cadena generacional que los trasciende, cuando lo inscriben en la escuela que eligieron, lo introducen en una cadena social. Aulagnier (1975) le otorga un estatuto metapsicológico al campo social y propone que esa sociedad también va a esperar y catectizar de un modo peculiar a ese nuevo integrante estableciendo un contrato narcisista entre el nuevo ser y el grupo de pertenencia. La institución escolar es representante de la sociedad que debería albergar a ese pequeño, sin embargo ¿qué sucede cuando ese niño es rechazado por sus dificultades?

RECORTE CLÍNICO - EDUCACIONAL

Camila era una niña de 6 años que concurría a primer grado de una escuela de alta exigencia académica, colegio que dejó designado su madre antes de fallecer de cáncer, tres meses antes de que su hija comenzara primer grado, enfermedad contra la que había luchado los últimos 4 años de su vida. A dos meses de iniciadas las clases en la nueva escuela, me citaron y la maestra en un tono inquisitivo exclamó: “*Decime ¿esta nena era normal antes que se muriera su mamá?*” Luego de recomponerme del asombro ante el modo tan poco empático de expresarse acerca de una niña que se encontraba en pleno proceso de duelo, le solicité que enunciara cuáles eran sus preocupaciones con respecto a la criatura:

- no copia en clase, salvo que la esté mirando;
- me desafía constantemente;
- tiene problemas con las operaciones matemáticas, pero cuando me siento con ella las hace correctamente;
- no tiene amigas, molesta deliberadamente y las acusa si no la consideran en el juego;

- miente acerca de quién inicia los conflictos, tengo que intervenir todo el tiempo;
- no presta atención;
- no se queda quieta ni un momento.

La psicopedagoga de la institución añadió:

Yo ya la vi un par de veces y le hice un diagnóstico. Ella no quería hacer nada de lo que yo le proponía, así que es claramente una TOD (Trastorno Opositorista Desafiante), con "un poco de TDA-H" (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad). ¿Ya la vio un neurólogo? Deberían considerar la posibilidad de medicarla para que se tranquilice y pueda acomodarse mejor en la escuela, o si no habría que pensar en un cambio de institución.

“¿Esta nena era normal... antes de la muerte de su madre?” se preguntaba la maestra, con una respuesta que, en realidad, ya poseía y que transformaba la cuestión en “cosa juzgada”.

¿Qué es la normalidad, qué es la anormalidad? Foucault (1999) plantea que la anormalidad es una construcción discursiva que está atravesada por los condicionamientos políticos de una época que determina quién es normal, por ende quién es anormal - “biopolítica” - y que tiene un poder sobre esas vidas - “biopoder” - que ejerce dictaminando qué es lo que se debe hacer con el diferente. Así, el desconocido pasa a ser un conocido “anormal”, lo cual lo convierte en un caso previsto por la norma (Veiga-Neto, 2001), lo que tranquiliza a muchos adultos. En este sentido la lógica del DSM con su supuesta pretensión a-teórica y a-política, no hace más que mostrar un ejercicio bio-político, dictaminando quién es normal y quién no lo es, creando pares antitéticos en los cuales quedamos claramente diferenciados nosotros, “los normales” y los otros: los discapacitados, los locos, los pobres, los negros, los de países subdesarrollados, los enfermos, los inmigrantes, etc. Así las etiquetas diagnósticas cumplen su función clasificatoria ordenando el caos, lo impredecible y des-implican al adulto de su relación con la problemática.

Me pregunto, entonces, si cada vez hay más niños con problemas severos no habrá que revisar lo que estamos generando desde el mundo

adulto. Llama la atención lo sencillo que parece realizar diagnósticos en la actualidad, y lo banalizado que se encuentra el consumo de psicofármacos en la infancia, con la finalidad de que el pequeño se acomode a lo que se espera de él.

Era claro que Camila no era una niña sencilla, no era una de esas nenas que ante la tristeza se ponen a llorar y piden ayuda, sino que su modo de convocar al otro era provocándolo. Era una pequeña con una historia muy difícil, una madre soltera de la cual lo único que su hija recordaba era el malestar después de las sesiones de quimioterapia, el cansancio, el deterioro progresivo y el encierro al que estaban sometidas. Luego de la muerte de su madre, su único sostén era su abuela materna, señora mayor, muy gastada por todo lo vivido, para quien la preocupación central era qué iba a suceder con Camila si a ella le pasaba algo. No había espacio para lo lúdico, para lo vital y la niña, a través de su inquietud y su desafío, trataba de convocarla, intentando sacarla del letargo en el que se sumía con frecuencia.

Sin duda los diagnósticos son necesarios, pero no pueden estar por delante del niño, tienen que posibilitar la construcción de estrategias y nunca pueden armarse sólo por las conductas observables, sin tomar en cuenta la multiplicidad de factores que puede ocasionar esa manifestación conductual.

Camila necesitaba una institución que pudiera alojarla, que pudiera entender que las diferencias no son un ataque personal al adulto, que las actitudes desafiantes de la niña daban cuenta de su infinita soledad y desamparo. La inquietud, la desatención, el desafío ponían de manifiesto su angustia. Por supuesto que es condición necesaria que un niño vaya a la escuela y aprenda, pero para que este proceso pueda desplegarse, algunos otros requisitos deben estar contruidos con anterioridad.

Para que un niño pueda aprender tiene que haber un adulto que garantice ciertas condiciones mínimas ligadas a la supervivencia (alimentación, cuidados físicos, descanso) así como también que apueste a la polifonía de sentidos; que invista libidinalmente la capacidad de pensar y de aprender del pequeño; que esté dispuesto a aceptar que entre el niño y él hay una opacidad en la cual no todo le es conocido; que desee que este niño pueda construir un deseo y un pensamiento autónomo. Asimismo,

aprender tiene que ser una actividad ligada a lo placentero, a lo subjetivante. También es condición la construcción de diques, estos diques permiten que el niño pueda acotarse, así como también aplazar la satisfacción inmediata. A su vez, el niño tiene que poder creer que la escuela, como representante de terceridad, es un lugar que lo va a albergar, lo va a esperar, lo va a acompañar y, a su vez, va a realizar su propia apuesta de continuidad sobre este sujeto.

Es necesario desplegar la idea de un Porvenir como apuesta a lo impredecible, a lo discontinuo, a lo que nos sorprende transformando al niño y a nosotros mismos.

Camila estaba transitando un proceso de duelo, que necesitaba tiempo y sostén, ubicar la prioridad en la exigencia académica no la iba a ayudar.

¿CÓMO ACOMPAÑAR, DESDE LA INSTITUCIÓN ESCOLAR, A LOS NIÑOS EN SUS DIFERENCIAS?

M. Rodulfo (2007) nos alerta acerca de la patologización de las diferencias en la infancia y señala el campo escolar como un terreno fértil en el cual, muchas veces, se desarrolla este fenómeno. La escuela necesita niños tranquilos, atentos y disciplinados, sin embargo, éstos hoy son especímenes en extinción. Algunos de estos niños simplemente no se acomodan al ritmo, pero esto no es, necesariamente, patológico; otros, como Camila, están sufriendo, transitando un proceso de duelo, lo cual tampoco debería considerarse como patológico, sino plantearnos el desafío de cómo acompañarla.

Ahora profundizaremos en un aspecto específico, que es la cuestión de la integración / inclusión de lo diverso. Estos conceptos no son sinónimos.

El concepto de integración hace referencia a la adaptación de un individuo a una cultura. Apunta a que es el niño, con supuestas necesidades especiales, el que debe adaptarse al grupo o la institución que le abre sus puertas. Entonces todo se mantiene estable, mientras el niño y su familia realizan todos los esfuerzos necesarios para quedar dentro del sistema que tuvo la condescendencia de acogerlos, restableciéndose así la unidad.

Inés Dussel (2009) plantea que la idea de igualdad es uno de los pilares de la escuela moderna. De hecho, las instituciones educativas que creó la revolución francesa se llamaban "*casas de igualdad*", en ellas la totalidad de los niños accedían a la misma educación y al mismo cuidado, usando todos, la misma vestimenta. En Argentina, la escuela sarmientina, tenía como propósito que todos debían recibir la misma educación, sin importar las nacionalidades de origen, clases sociales, religión, diferencias sexuales o raciales. Igualdad se transformó en equivalente a homogeneidad, con la intención de garantizar una supuesta libertad y prosperidad para todos (por supuesto, para todos los incluidos en la "civilización", ya que los que quedaban por fuera pertenecían a la "barbarie").

Entonces, el sistema educativo responde a un mandato de homogenización y eliminación de las diferencias, apoyado en una tradición normalizadora –las "*Escuelas Normales*"– en el cual las diferencias, con frecuencia, están relacionadas con "el déficit". Por lo tanto, la desviación de la norma se estigmatiza, categoriza y etiqueta en una acción que va mucho más allá de lo estrictamente académico.

Por otra parte, el concepto de Inclusión remite, desde la mineralogía, a una partícula que altera las propiedades de un metal, aleación o medio cristalino. Se presume que es el modo en el que la escuela debe dar respuesta a la diversidad. El supuesto del cual se parte es que hay que modificar el sistema para responder a todos los alumnos, en vez de entender que son algunos alumnos los que se tienen que adaptar al sistema, haciendo denodados esfuerzos para integrarse al mismo. En el Documento sobre Educación Especial, que analizaremos más adelante, se formula que la Inclusión educativa es una política de Estado, un principio, y la Integración escolar es una de sus estrategias. A partir de lo cual podríamos pensar que, cuando se incorpora un niño con necesidades especiales a un grupo, todos los sujetos se benefician en esa inclusión. Sin embargo, si tenemos que construir con tanto esfuerzo incontables estrategias de inclusión, es probable que esto esté relacionado con que cada vez más sujetos se encuentran excluidos por este sistema. Por supuesto que esto va mucho más allá de los niños con supuestos diagnósticos psicopatológicos, también se refiere a los niños pobres, a los inmigrantes y a todo tipo de *extranjería*.

Frigerio (2003) utiliza la noción de “*extranjería*” para pensar las diferencias. El “extranjero” sería aquel que debería adaptarse y pasar a formar parte de la mismidad, y si no se adapta corre el riesgo de quedar fuera del sistema.

Desde esta perspectiva señalamos que lo que ocurre con mayor frecuencia es la “tolerancia” de las diferencias, en tanto y en cuanto no obstaculicen el camino del aprendizaje de la supuesta mayoría “normal”. Por otra parte, estas diferencias suelen estar planteadas desde un determinismo biológico que le otorga identidad de “enfermo” al diferente, por lo tanto, el señalado como “deficiente” será objeto de todos los paliativos que podamos proveerle para intentar normalizarlo lo máximo que se pueda. Así se realiza una reducción radical del otro, a otro más próximo, en el cual la amenaza de las diferencias se estandariza, clasifica, intentando su anulación. Las diferencias quedan así enmarcadas en relaciones de poder-saber que predicen trayectorias de fracasos atribuidas sólo a causas individuales y naturales (Kaplan, 1997). Será imprescindible entonces, pensar las diferencias sin que se transformen en desigualdades naturalizadas.

Skliar (2005) plantea que la preocupación por las diferencias ha mutado a la obsesión por “los diferentes, los otros, los extraños”, banalizando las diferencias. El autor propone pensar las diferencias como “*experiencias de alteridad... estar siendo múltiple, intraducible e imprevisible en el mundo*”, comprender que estamos hechos de diferencias, que habrá que sostener en su inquietante extrañeza. De aquí deviene su propuesta de las “*Pedagogías de las diferencias*”, pedagogías plurales, de las singularidades y las multiplicidades, lo cual posibilita que los diversos puntos del entramado estén interconectados, sin necesidad de homogeneizarlos. Así se generan espacios para la incertidumbre, lo inesperado, lo incómodo.

La alteridad en cuanto diferencia es la condición de posibilidad de un porvenir, cuya condición de existencia deviene de la relación que se establezca con la alteridad como sujeto de experiencia y de lenguaje. Ese por-venir acontece donde se da lugar, donde se abren los oídos, donde se escucha, donde se abre espacio a la palabra porque el nosotros se dispone a callar y a prestar oído. (Skliar, 2005).

MARCOS REGULATORIOS PARA LOS ACOMPAÑAMIENTOS DE LAS DIFERENCIAS EN EL SISTEMA EDUCATIVO ARGENTINO

Si bien en este libro nos referimos a los niños con dificultades en un sentido amplio, decidí en este apartado profundizar en los niños con necesidades educativas especiales, comprendidos en las normativas como “*personas con discapacidad*”, para poder analizar cuáles son las propuestas vigentes y qué sucede en las prácticas actuales.

Se utilizará como marcos de referencia el Documento realizado por el Consejo Federal de Educación Argentino que regula la “Modalidad Educación Especial”, ya que allí se pueden encontrar algunas definiciones que permiten comprender las trayectorias de los alumnos con “necesidades especiales” en el sistema educativo.

La Ley 26.206 de Educación Nacional (LEN), regula el ejercicio del derecho de enseñar y aprender y establece que es obligación del Estado:

Garantizar una educación integral que desarrolle todas las dimensiones de la persona y habilite tanto para el desempeño social y laboral, como para el acceso a estudios superiores (...) brindar una formación ciudadana comprometida con los valores éticos y democráticos de participación, libertad, solidaridad, resolución pacífica de conflictos, respeto a los derechos humanos, responsabilidad, honestidad, valoración y preservación del patrimonio natural y cultural.

En el Art. 42 se determina que la Educación Especial es la modalidad del Sistema Educativo destinada a asegurar el derecho a la educación de las personas con discapacidades, temporales o permanentes, asegurando que la misma se rige por el principio de **inclusión educativa** y garantizando la **integración de los alumnos/as con discapacidades** en todos los niveles, según las posibilidades de cada persona.

En la Resolución CFE 155/11 sancionada por el Consejo Federal de Educación (CFE) en octubre de 2011 se establece:

...que el reconocimiento de las personas con discapacidad, como sujetos de derecho, plantea la necesidad de definir políticas que garanticen su educación en el marco de la extensión de la educación obligatoria (...) Que la definición de la Educación Especial como modalidad del Sistema Educativo, implica brindar a los/as alumnos/as con discapacidad, más allá del tipo de escuelas al

que asistan, una clara pertenencia a los niveles del sistema, superando de esta forma definiciones anteriores que aludían a subsistemas segmentados (...) Que el reconocimiento de las personas con discapacidad, como sujetos de derecho, plantea la necesidad de definir políticas que garanticen su educación en el marco de la extensión de la educación obligatoria.

De esta forma se intenta romper con la lógica dicotómica de Escuela Especial por un lado y Escuela Común por el otro, y se propone la construcción de puentes y conexiones permanentes entre un sistema y otro. Lamentablemente, en la cotidianidad esto no funciona tan fluidamente como se pretende.

Al revisar el Plan Nacional de Educación Obligatoria (Resolución N° 79 del CFE) destacamos los siguientes puntos:

- “Mejorar la calidad implica colocar la enseñanza en el centro de las preocupaciones y desafíos de la política educativa, a los efectos de garantizar el derecho de todos los niños, niñas, jóvenes y adultos a acceder a los conocimientos necesarios para la participación en la vida de manera crítica y transformadora. Esto supone desarrollar políticas que tengan como preocupación las propuestas que la escuela ofrece, no solo en términos de contenidos sino también respecto de los procesos de transmisión, las formas de organización así como las condiciones pedagógicas y materiales en que tiene lugar. Producir mejores condiciones para el cotidiano escolar tanto para alumnos/as como para docentes implica una preocupación por los modos en que es posible verificar la igualdad en el acceso a los conocimientos para todos los niños, jóvenes y adultos”.
- “Este encuadre de política educativa exige una reorganización de la educación especial que permita el acompañamiento de las trayectorias escolares de los/as alumnos/as con discapacidad en los niveles del Sistema Educativo y promueva que las escuelas especiales se constituyan progresivamente en un espacio destinado específicamente a aquellos/as niños/as que, por la complejidad o especificidad de su problemática, requieran este espacio educativo específico.”
- La Ley 26.206 de Educación Nacional, en la cual se establece que la educación y el conocimiento son un bien público y un derecho

personal y social, garantizados por el Estado enuncia, asimismo, que: “La obligatoriedad escolar en todo el país se extiende desde la edad de cinco (5) años hasta la finalización del nivel de la Educación Secundaria” (Art. 16). Y garantiza la inclusión educativa a través de políticas universales, de estrategias pedagógicas y de asignación de recursos que otorguen prioridad a los sectores que más lo necesitan.

- Uno de los fines y objetivos de la política educativa nacional es “Brindar a las personas con discapacidades, temporales o permanentes, una propuesta pedagógica que les permita el máximo desarrollo de sus posibilidades, la integración y el pleno ejercicio de sus derechos.”
- Garantizar el derecho a la educación de todas las personas con discapacidad exige que todos los/as alumnos/as con discapacidad estén en aquella escuela que los beneficie en mayor medida, tomando como referencia el currículum común y elaborando, en base a este, estrategias diversificadas que contemplen la complejidad o especificidad de la problemática de los/as estudiantes, de manera de implementar las configuraciones de apoyo que se requieran.
- Inclusión e integración deben vincularse y repensarse en las prácticas. La inclusión es un principio que contribuye a mejorar las condiciones de los entornos para acoger a todos/as. La integración escolar, por su parte, es una estrategia educativa que tiende a la inclusión de los/as alumnos/as con discapacidad, siempre que sea posible, en la escuela de educación común, con las configuraciones de apoyo necesarias.
- El debate sobre la educación inclusiva y la integración no se refiere a una dicotomía entre políticas y modelos de integración e inclusión –como si se pudiera integrar sin incluir o incluir sin integrar-, sino más bien a determinar en qué medida se está avanzando en el entendimiento de que toda escuela tiene la responsabilidad moral de incluir a todos y cada uno. En los últimos quince años aproximadamente, el concepto de educación inclusiva ha evolucionado hacia la idea de que todos los niños y jóvenes, no obstante las diversidades culturales, sociales y de aprendizaje, deberían tener oportunidades de aprendizaje equivalentes en todos los tipos de escuelas.

Ciertamente acordamos con esta idea rectora de que la escuela es la responsable de la inclusión de todos y cada uno, sin embargo, lamentablemente, sabemos que a la hora de ejecutar las prácticas se siguen implementando los viejos paradigmas, y que las escuelas comunes buscan infinitas excusas para no tomar niños con dificultades, o los aceptan y luego generan prácticas expulsivas, mientras otras arman un “como si” de inclusión que, en la realidad, no funciona ni académica, ni socialmente.

En este documento se define a las personas con discapacidad tomando como referencia la enunciación de la OMS:

El modelo social de la discapacidad es sostenido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por el marco de las Convenciones y principios de derechos humanos. Para este modelo, la discapacidad no es un atributo de la persona, sino un conjunto de condiciones que responden a la interacción entre las características del individuo y el contexto social. En este sentido, la discapacidad es un resultado negativo de la interacción entre una condición personal (la deficiencia) y el medio (debido a sus barreras) (...) Los valores que promueve el paradigma de la inclusión se basan en el reconocimiento de la persona con discapacidad como sujeto de derecho. Todas las personas con discapacidad, como sujetos políticos, tienen derecho a la palabra, no sólo a manifestar sus necesidades y deseos, sino también a participar con sus opiniones en la toma de decisiones sobre todos aquellos aspectos que los afectan o inciden sobre su vida personal y el ejercicio de su ciudadanía (...) Tres principios sustentan el enfoque de educación basado en los derechos:

1. acceso a una educación obligatoria y gratuita;
2. el derecho a una educación de calidad;
3. igualdad, inclusión y no discriminación.

Asimismo, promueve:

(...) incorporar o reincorporar a la educación común, en articulación con los niveles y las otras modalidades del Sistema Educativo, a los/as alumnos/as sin discapacidad que permanecen en las escuelas de educación especial y a los/as alumnos/as rotulados bajo la categoría de «discapacidad mental leve», a través de estrategias de intensificación de la enseñanza (...) disponer de las medidas necesarias para generar condiciones en las escuelas que permitan el desarrollo de las trayectorias educativas integrales de los/as alumnos/as con discapacidad, que garanticen la centralidad de la enseñanza y prioricen su inclusión en escuelas de educación común, a través de estrategias de integración, en los casos en que se evalúe que el/la estudiante obtenga mayores beneficios a través de este proceso.

Aquí se pone de manifiesto un viejo problema de la Educación Especial, ¿quiénes son los que allí se encuentran?, ¿son realmente niños que se benefician más con esta modalidad de enseñanza o están allí porque son pobres, porque tienen problemas de conducta u otro tipo de problemáticas que exceden lo educativo?

Para poder dar cumplimiento al Capítulo VIII de la Ley N° 26.206, los ministerios de educación provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, junto al Ministerio Nacional a través de la Coordinación Nacional se comprometen de manera progresiva a orientar para que:

(...) las políticas y acciones de la modalidad se desarrollen con el asesoramiento de los supervisores, de los equipos directivos, con la intervención de los docentes y con el apoyo y acompañamiento de los equipos técnicos educativos de todo el Sistema Educativo, así como con los aportes que puedan brindar los profesionales que atiendan a los/as niños/as o jóvenes fuera de la escuela, habilitando siempre la palabra de los padres y del/la alumno/a, a la hora de tomar decisiones relacionadas con dichas trayectorias (...) y que siempre que sea beneficioso para el/la estudiante se promueva la integración escolar, como estrategia para la inclusión.

A pesar de esta regulación desde la gestión pública, debido a los obstáculos, que muchas veces se transforman en insalvables y los tiempos de espera que hacen perder años irremplazables, la mayor cantidad de integraciones de niños con dificultades, al menos en la Ciudad de Buenos Aires, se realizan en el sector privado, es por eso que considero necesario entonces revisar las reglamentaciones de dicho sector.

En el 2011 por disposición DI-2011-00524745³ la Dirección General de Educación de Gestión Privada (DGE GP) de la Ciudad de Buenos Aires definió los criterios pedagógicos para la integración escolar en escuelas privadas. Allí se determina que para matricular alumnos con discapacidad se deberá presentar un **Proyecto Pedagógico Individual (PPI)**. Por otra parte, cada institución tiene la atribución de manejar sus propios criterios en relación con la cantidad de alumnos integrados por curso.

Por lo tanto queda claro que “el alumno integrado” sigue siendo una excepción en la matrícula, y que cada institución tendrá la atribución de decidir si lo acepta o no y bajo qué condiciones.

Asimismo, se reglamenta la posibilidad de que existan en la institución **“Docentes de apoyo a la integración”**: *“A los efectos del reconocimiento pedagógico, se justificará la presencia de un docente integrador de planta funcional pedagógica cuando haya como mínimo la cantidad de siete (7) alumnos con Discapacidad en todo el nivel o sección”*.

No obstante, esto no ocurre en casi ninguna escuela de la Ciudad, y en las que así sucede tienen una lista de espera de años para conseguir una vacante.

La mayoría de las escuelas que aceptan integraciones lo hacen a través del recurso **“Maestro integrador externo”**, al cual se lo solicita para *“Cooperar con el docente a cargo del grupo a modo de pareja pedagógica, sólo a los fines de favorecer el aprendizaje del alumno integrado y participar en las intervenciones didácticas destinadas a cada alumno integrado”*. Así lo determina la disposición mencionada con anterioridad.

Aquí es posible observar de qué manera la lógica que subyace continúa siendo el niño y su maestro integrador por una parte y los demás por otra, lo cual por lo general nunca da buenos resultados. El niño queda aislado como ese “extraño” que está en nuestra aula, que no comprendemos, que casi no conocemos pero que en el mejor de los casos, toleramos y SU maestro también es un ser ajeno a esa comunidad educativa, muchas veces visto por el docente de grado como una amenaza, por los otros alumnos como un forastero que ayuda a “ese” que es diferente, y por el propio niño como “una sombra⁴” que lo sigue.

Con desconcierto hallamos que al mismo tiempo que se estaban estableciendo las normativas descriptas precedentemente, desde el Consejo Federal de Educación, en el Ministerio de Educación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se dictaba la Resolución 3773⁵ que hace referencia a la Ley N° 24901, que en su artículo 1°, instituye un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos; y en el artículo 2° agrega que las obras sociales tendrán a su cargo, con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la ley, que necesiten las personas con discapacidad afiliadas a las mismas.

Llamativamente, construyeron una normativa sólo para los niños con diagnóstico de “Trastorno Generalizado del Desarrollo” (TGD)⁶ utilizando como única referencia para su definición, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-TR, e incluyendo el trastorno autista, el Trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Allí se propone para la integración de estos niños la incorporación de la figura del **“acompañante personal no docente”**, quien asistirá a los niños que, por su necesidad, requieren del apoyo de un adulto que organice su tarea y participación en la escuela. Este acompañante será solicitado por los padres, que tendrán que presentar el “Certificado de Discapacidad” del/la alumno/a, otorgado por el Ministerio de Salud de la Nación donde conste el diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo. El pago de los honorarios del acompañante queda a cargo de los padres y/o la obra social del niño.

ELEMENTOS PARA EL DEBATE: UNA ESCUELA PARA LO COMÚN / LO DIVERSO

G. Frigerio y G. Diker (2008) proponen un trabajo para construir “lo común” en la escuela, ya que esto no es algo que viene dado, no es natural. La década de los noventa ha sido, por excelencia, de lo individual, del “sálvese quien pueda”, de la supremacía del más apto para adaptarse a lo esperado. Lo común, que desde ya no es lo homogéneo. “El problema de lo común sólo tiene sentido en la medida que se recorta sobre un fondo abierto de universos particulares, es decir, sobre el fondo ilimitado de lo no común” (G. Diker, 2008). Lo común implica lo abierto, el para todos de mundos compartidos, el actuar en común, la pluralidad abierta. Partimos de lugares comunes, experiencias en común que constituyen lazos, ya que en definitiva no hay mundo sin otros, sin semejanzas y diferencias.

La construcción de un currículum común que tome en cuenta lo diverso es una condición necesaria para acompañar a los niños en sus singulari-

dades. Los niños a los que hago referencia no son sólo aquellos que tienen una “discapacidad certificada”, donde, por otra parte, nos preguntamos ¿por qué un niño debería tener un certificado que legitime una discapacidad para recibir las ayudas necesarias?, ¿por qué sólo si tiene una obra social que lo cubra tiene la posibilidad de tener un acompañante personal no docente?

En algunos establecimientos escolares, una de las herramientas utilizada en la actualidad para disminuir la brecha entre los niños con dificultades y el resto del alumnado, es la que se conoce como “adecuaciones curriculares”, cuando éstas no bastan se construyen los “Planes Pedagógicos Individuales” (PPI). Éstos pueden ser instrumentos muy útiles o constituirse en un “como si” de que el niño está aprendiendo en la escuela, dependiendo de la lógica institucional en relación a la inclusión de lo diverso. Si partimos de la idea de la inclusión de lo diverso en una construcción común, el planteo sería ¿cómo reducimos las barreras que el contexto / el currículum le impone a los alumnos? Así, el acento estaría puesto en las posibilidades múltiples, y no en sus limitaciones, lo cual no implica negarlas.

Entonces, “la escuela para la diversidad” implica que es la institución la que tendrá que construir las estrategias para incluir a todos y a cada uno de sus alumnos, para que todos se beneficien de las mismas, no sólo como una propuesta moral, sino como un planteo ético y ciudadano.

En este sentido es necesario que la currícula sea una herramienta abierta y flexible, que pueda tender puentes entre los diferentes sujetos, tomando en cuenta sus posibilidades actuales pero realizando una apuesta hacia sus potencialidades. Así estaríamos priorizando la posibilidad de pensar, razonar, discutir, por sobre el acopio de conocimientos específicos, de contenidos que todos olvidaremos al dar vuelta la página. Será fundamental garantizar a todos los sujetos de la institución experiencias enriquecedoras y relevantes (tanto para los niños, como para sus docentes). Algunos niños necesitan ciertos andamiajes, por cierto tiempo, y es fundamental que sean lo menos frecuentes posibles, que no queden naturalizados y que no se anticipen a las posibilidades del niño. Es importante que aquello que se transmite tenga sentido para los alumnos, sea significativo. Asimismo, será necesario incluir diferentes modalidades de enseñanza y diferentes recursos técnicos.

Otro punto que merece ser tratado es la cuestión de los “maestros integradores”. Esta figura, relativamente nueva en educación, es bastante cuestionable y depende de cómo se utilice este recurso, puede ser una ayuda real y genuina para el niño o puede funcionar como un guardia de seguridad o un medio para el control del alumno. Como vimos, existen distintas modalidades con respecto a esta cuestión: en el mejor de los casos la escuela posee maestros de apoyo para la integración de los niños que lo precisan, su función es rotativa y sólo están en caso de necesidad. También pueden funcionar como parejas pedagógicas en todos los cursos, en la realidad este modelo funciona en muy pocos colegios. Otra posibilidad, esta es la más difundida, es que la institución le solicite a los padres que contraten un maestro integrador para controlar, contener o trabajar en forma exclusiva con el niño y esto significa, por ejemplo, que si el maestro integrador se enferma, el niño no puede ir al colegio; también puede ocurrir que varios niños de una misma aula precisen apoyos especiales, entonces, habrá tantos integradores como alumnos los necesiten, lo cual desde mi punto de vista es un absurdo, ya que en ningún momento se está poniendo en cuestión el sistema, sino que se recurre a paliativos que funcionan más como mecanismos de control, sin que genuinamente haya ninguna integración entre el maestro integrador y el staff del colegio, así como en general está muy dificultada la inclusión social de ese niño que tiene otras necesidades, diferentes a las de sus compañeros.

Pensar la idea de establecimientos educativos que alojen la diversidad teniendo personal de la institución que se ocupe con mayor énfasis de los niños que, circunstancial o permanentemente, requieren otros niveles de asistencia, es proponer una institución que se piense, en su totalidad, como inclusiva y no, casualmente, como receptora de “esos” que necesitan ayuda.

¿CÓMO CONSTITUIR LAS AULAS EN VERDADEROS LUGARES DE ENCUENTRO?

La primera cuestión es encontrarse con EL PLACER del proceso de enseñar y aprender, y subrayo ambas partes porque es tan necesario que el niño sienta placer por aprender, como que el docente transmita su placer por enseñar, sólo así se podrán armar genuinos encuentros.

Otro punto es el tomar en cuenta los vínculos intersubjetivos, tanto entre los niños, como entre los docentes, con los padres, con los directivos, en las múltiples interacciones que se establecen a lo largo de toda la trayectoria escolar. Qué vías se establecen para la comunicación, qué se prioriza en esas comunicaciones. Para esto no puede estar preestablecido quién es el otro. Porque en realidad yo no sé nada sobre quién es el otro, qué lo hace sufrir, qué le da placer, aunque crea que sé, lo que sí conozco, antes de conocer a mi nuevo alumno, es su etiqueta. La directora le dice a la docente nueva: “*te va a tocar un grupo difícil, hay tres ADD, dos bolivianos, un adoptado y dos desafiantes*”. Sólo podré escuchar al otro si puedo escucharlo en su alteridad, que en realidad no sólo implica la diferencia sino más bien todo aquello que no sabemos y que quizás nunca sabremos de él.

Adecuar los contenidos y las evaluaciones no tiene por qué implicar tratar al niño como deficitario. A veces lo que necesitan son simplemente otras formas de abordaje: tal vez a Tomás le resulta más fácil dibujar la respuesta en la prueba de historia que escribir media carilla; a Juana le es más fácil completar un crucigrama que responder en un largo desarrollo escrito; a Nicolás le hace mejor trabajar en grupo y Felipe sólo puede trabajar individualmente. Para saber estas cuestiones tiene que haber un tiempo para escuchar a los niños, observarlos, conocerlos, dándoles espacios para que las singularidades se manifiesten sin que sean leídas como un déficit biológico del niño.

A partir de lo expuesto considero que la escuela puede alojar la diversidad y presentarse como una oportunidad subjetivante cuando: alberga a cada uno en su heterogeneidad; establece genuinos espacios de encuentro e intercambio entre pares, docentes, padres; promueve otros modos

de simbolización (Szyber, 2009); posibilita que los contenidos sean pretextos para que los alumnos puedan construir sus propios textos; otorga espacio a lo inesperado, a lo que está fuera del Programa, que sorprende y enseña a niños y adultos.

En numerosas ocasiones se trata de “*gestos mínimos*” (Skliar, s/f) los que dan vitalidad y definen la calidad de las relaciones educativas. A veces una mirada amorosa y comprensiva, otras una sonrisa, algunas veces una mano tendida o una pregunta tan sencilla como ¿cómo estás? o ¿qué te pasó que no viniste? constituyen la argamasa necesaria para la construcción de ese albergue, que ya no es el galpón como espacio anónimo, sino un lugar para la “hospitalidad”, como un espacio de acogida, de escucha activa y acompañante, de compartir lo común y lo diverso.

NOTAS

1. Resolución CFE 155/11. Anexo 1 Educación Especial. Accesible en <http://www.me.gov.ar/consejo/resoluciones/res11/155-11.pdf>
2. Ley Nacional de Educación N° 26.206. Accesible en http://www.me.gov.ar/doc_pdf/ley_de_educ_nac.pdf
3. Disposición N°: DI-2011-00524745 Accesible en <http://200.89.142.86/web/DI-MEGC-DGEGP-025-11.pdf>
4. En España al maestro integrador se lo conoce como “la sombra”.
5. Resolución 3773 Ciudad de Buenos Aires. Accesible <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/educacion/niveles/especial/pdf/normativa/res3773--2011.pdf>
6. Cuando ya había finalizado la escritura de este capítulo me llegó la noticia de que se acababa de cambiar esta absurda reglamentación y se amplía la cobertura para “el desempeño de Acompañantes Personales no Docentes para alumnos/as con discapacidad en todo establecimiento educativo de gestión estatal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, siendo necesario el “Certificado de discapacidad del alumno otorgado por el Ministerio de Salud”. Resolución 867 – 15 de febrero de 2013.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson 1994/2000.
- Baumann, Z. (2006). *Modernidad líquida*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica
- Dussel, I. (2009). *Igualdad y diferencia en el contexto educativo*. Buenos Aires: FLACSO. Pedagogía de las Diferencias.

La patologización de las diferencias...

- Foucault, M. (1999). *Los anormales*. Argentina: FCE.
- Frigerio, G. y Diker, G. (2003). Educación y alteridad. Las figuras del extranjero. Textos multidisciplinares. *Ensayos y experiencias N°148*. Buenos Aires: Novedades Educativas
- Frigerio, G. y Diker, G. (comp.) (2008). *Educación: posiciones acerca de lo común*. Buenos Aires: Del estante editorial.
- Kaplan, C. (1997). *La inteligencia escolarizada: un estudio de las representaciones sociales de los maestros sobre inteligencia de los alumnos y su eficacia simbólica*. Buenos Aires: Ed. Miño y Dávila
- Lewkowicz, I. (2004). *Pedagogía del aburrido*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodolfo, M. P. (2007). El ADD/ADHD como caso testigo de la patologización de la diferencia. En Benasayag, L. (comp.). *ADDH Niños con déficit de atención e hiperactividad ¿Una patología de mercado?* Buenos Aires: Noveduc
- Skliar, C. (s/f). *Fragments de amorosidad y de alteridad en educación*. Accesible el 10/2/2013 <http://www.cemfundacion.org.ar/nota.asp?IdNota=45&Id=1>
- Skliar, C. y otros (2001). *Habitantes de Babel. Políticas y poéticas de la diferencia*. Buenos Aires: Laertes.
- Skliar, C., Larrosa, J. (comps.) (2009). *Experiencia y alteridad en educación*. Buenos Aires: Homo Sapiens / FLACSO
- Skliar, C. y Téllez, M. (2008). *Conmover la educación. Ensayos para una pedagogía de la diferencia*. Buenos Aires: Noveduc.
- Szyber, G. (2009). De la integración a la inclusión, de la inclusión a la escuela para todos. En *Patologías actuales en la infancia. Bordes y desbordes en clínica y educación*. Buenos Aires: Noveduc.
- Untoiglich, G. (2009). Patologías actuales en la infancia. En *Patologías actuales en la infancia. Bordes y desbordes en clínica y educación*. Buenos Aires: Noveduc.
- Veiga- Neto, A. (2001). Incluir para excluir. En *Habitantes de Babel. Políticas y poéticas de la diferencia*. Buenos Aires: Laertes.
- Vignale, S.; Alvarado, M. y Cunha Bueno, M. (s/f). *Pedagogías de las diferencias*. Accesible en <http://www.cecies.org/articulo.asp?id=238>
- Disposición N° 219/DGEGP/12. Accesible en <http://200.89.142.86/index.php?tipo=subnota&cid=581>
- Ley Nacional de Educación N° 26.206. Accesible http://www.me.gov.ar/doc_pdf/ley_de_educ_nac.pdf
- Resolución CFE 155/11. Anexo 1 Educación Especial. Accesible <http://www.me.gov.ar/consejo/resoluciones/res11/155-11.pdf>
- Resolución 3773 Ciudad de Buenos Aires. Accesible <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/educacion/niveles/especial/pdf/normativa/res3773--2011.pdf>

Capítulo IX

DE FORASTEROS Y HUMANOS: REFLEXIONES DESDE LA PSICOLOGÍA SOBRE LA NECESIDAD DE LA EDUCACIÓN CONJUNTA PARA TODOS Y TODAS

Carla Biancha Angelucci

Hacer el esfuerzo por necesidad y no por un bien - compelido, no atraído - para mantener la existencia tal como es, es siempre servidumbre.

S. Weil

Partiremos de contribuciones de los autores de las Ciencias Sociales y del Psicoanálisis, a fin de pensar la historia de las violaciones de los derechos de las minorías sociales, en particular, el desprecio por su pertenencia a la comunidad humana. Reflexionaremos sobre la experiencia escolar para pensar tanto en la ejemplar condición de indignidad a la que son sometidas grandes parcelas de nuestra población, como para proponer directrices que retomen la centralidad de lo humano en nuestro proyecto de sociedad.

LAS PERSONAS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES

En nuestras experiencias sociales cotidianas, encontramos muchas personas cuidadosas, responsables y amorosas que están involucradas en la atención de personas significativamente diferentes. Sin embargo, a pesar de tales gestos a menudo bondadosos y bien intencionados, aprendemos, sobre todo en nuestras interacciones sociales, que ser diferente implica ser discrecionalmente protegido, tutelado, no estar en condiciones de saber que se es visto como un no-igual. Más sencillamente: aprendemos que ser diferente es ser inferior. Por lo tanto, este escrito tratará de hacer un esfuerzo por acercarnos a una comprensión no conformista del mundo que hemos creado, en el que una afirmación como ésta parece obvia e incluso natural.

No pretendemos partir de la fijación en segmentos distintos y antagónicos o reproducir definiciones de normalidad y anormalidad. Como ya han debatido Canguilhem (1982), Goffman (1988) y Bueno (2004), esa categorización ha cambiado a lo largo de nuestra historia, pero siempre ha mantenido una mirada dicotomizante. O bien partimos de criterios relacionados con el concepto de moda en las estadísticas o establecemos parámetros de salud o configuramos un modelo ideal de humanidad. Sin embargo, la manera en que históricamente hemos construido la pregunta con respecto a la diversidad humana persevera, puesto que su efecto, cumpliendo siempre con la misma función social, es la creación de dos agrupamientos polarizados, en los que se distingue entre quien tiene la legitimidad necesaria para ser considerado como sujeto de derecho, el normal, y quien ocupa el lugar de, como máximo, *target* de concesión de favores, el anormal.

Excepcional, defectuoso. Muchas veces, observamos un intento de rodeo de la discusión sobre las diferencias entre los seres humanos en frases como "*toda persona tiene alguna deficiencia*". Sin duda, la afirmación de la diversidad humana, expresada desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el punto de partida para el reconocimiento de la condición de humanidad de una gran parte de las personas que, a lo largo de la historia, fueron vistas como aberraciones, monstruosidades, o como mínimo, como curiosidades científicas con carácter de excepción que confirma la regla de la normalidad.

Debe subrayarse que banalizar el efecto de la percepción de la diferencia, tampoco es reconocerla. Adherirnos al discurso de una pretendida naturalidad con relación a una determinada condición humana, no nos ayuda a asegurar un lugar social digno a una persona sin las extremidades superiores e inferiores, por ejemplo. Es también transformar en masa amorfa la humanidad de cada uno, afirmar que todas las diferencias deben ser encaradas con naturalidad, como siendo sólo una entre muchas otras diferencias.

Amaral (1995) fue fundamental en la producción de contribuciones para esta discusión en la psicología brasileña; estudió en profundidad aspectos relacionados con la experiencia personal de la discapacidad, siempre entrelazados con la comprensión de la condición social de discapacitado. Enfrentando la cuestión del preconceito subyacente a la terminología en esa área, propuso la expresión "*diferencias significativas*" que adoptamos en este texto. Con tal expresión, la autora pretendía atender la necesidad de romper con la falsa dicotomía presente en la afirmación de que "*Existimos nosotros y existen ellos*", como si, de hecho, pudiéramos identificar campos diferentes - y la mayor parte de las veces opuestos - en los agrupamientos humanos: nosotros, los normales; ellos, los deficientes, los negros, los indios, los locos... En síntesis, aquellos con los que no conseguimos o no podemos identificarnos. La expresión incluye a las personas con deficiencia física, intelectual o sensorial; personas con sufrimiento psíquico intenso; personas con comportamiento hiperactivo o antisocial, personas pertenecientes a minorías culturales, étnicas o lingüísticas (indígenas, afro-descendientes, inmigrantes); personas con síndromes, trastornos.

La autora también se preocupaba fuertemente por el hecho de que la percepción de la diferencia ya porta un juicio de valor que atribuye a la persona un lugar de inferioridad. Por ello, defendía la des-adjetivación de la diferencia; en otras palabras, propuso que no asociáramos las características humanas a una escala de valores (Amaral, 1995). El uso de la expresión "significativa", relativa al término "diferencia" aunque reincidiese en un proceso de adjetivación, intentaba caracterizar al ser humano como necesariamente diverso, sin dar margen a la jerarquización. Partiendo de estas consideraciones, podemos continuar el camino abierto por la autora para tratar de ampliarlo.

Horkheimer y Adorno (1973) se dedicaron profundamente al estudio del fenómeno del preconcepto, en sus distintas dimensiones. Entre ellas, quisiéramos destacar la dimensión psicológica, presente en el complejo e inconsciente juego de espejos en el que lo insoportable en nosotros mismos - y por eso mismo negado - es percibido solamente como atributo del otro. Rápidamente, entonces, el sentido de alteridad se une al de amenaza, ya que pone de manifiesto la existencia de algo en nosotros mismos con lo cual luchamos cotidianamente para que permanezca escondido. De este modo, nos ocupamos de detectar, para indicar el horror, descalificar a aquel que lo porta y, de ese modo, condenarlo a la degradación moral y social. Benjamin (1995), que dialogaba con los estudios de sus colegas de la escuela de Frankfurt, escribió sobre ese encuentro con lo diferente:

Guantes

En la repulsión que nos inspiran los animales, la sensación predominante es el temor a que nos reconozcan al tocarlos. Lo que se aterra en las profundidades del hombre es la oscura consciencia de que en él vive algo que, siendo muy poco ajeno al animal que provoca la repulsión, pueda ser reconocido por éste. Toda repulsión es, en su origen, repulsión al contacto. Incluso el afán dominador sólo consigue pasar por alto este sentimiento mediante gestos bruscos y desmesurados; estrujará con violencia y devorará al objeto de la repulsión, mientras que la zona del más leve contacto epidérmico seguirá siendo tabú. Sólo así se puede satisfacer la paradoja del imperativo moral que exige al ser humano la superación y, a la vez, el cultivo más sutil de la sensación de asco. No le es lícito negar su parentesco bestial con la criatura, a cuya llamada responde su repulsión: ha de enseñorarse de ella. (Benjamin, 1995, pp. 16-7)

Denso y alegórico, este texto revela la razón por la cual entendemos la imposibilidad de des-adjetivar la deficiencia o cualquier otra condición humana que, a lo largo de nuestra historia, tomamos como extraña. A fin de cuentas, atribuirle un valor negativo cumple funciones importantes, entre ellas la de asegurar, a aquel que juzga, la mayor distancia de sus propias idiosincrasias. Puede, de ese modo, confortarse con una imagen de sí que, si no adhiere al ideal de humano, al menos está más próxima de eso, de lo que está la imagen del deficiente, del loco, o del síndromico. Gonçalves Filho (2007) considera que el fenómeno del preconcepto tiene su base en las relaciones de dominación, sirviendo, además, para reprodu-

cirila y justificarla. Así, más relevante que la naturalización del juicio que inferioriza, presente en el preconcepto, es la naturalización de la dominación como base de las relaciones sociales, que termina por autorizar la pregunta frecuente: ¿quién es mejor [ser humano]?

El problema no está en la presencia de una moral frente a las distintas situaciones humanas que vivimos, por el contrario, es necesario que la reconozcamos y podamos partir de los efectos de estas experiencias sobre nuestras percepciones, sentimientos y pensamientos, con el fin de comprender la compleja red que urde los procesos de aproximación y distanciamiento de los otros y, en última instancia, de los otros en nosotros⁸. Es fundamental darnos la posibilidad de reflexionar sobre lo que vivimos, con la finalidad de comprender cuál es el terror encubierto por nuestros preconceptos.

Sin negar la existencia de las diferencias humanas, ni tampoco negar el efecto subjetivo de su percepción, abandonando, por lo tanto, una postura aséptica, proponemos otro camino que no es el sugerido por Amaral (1995), vía la des-adjetivación. Volviendo a los autores de la Escuela de Frankfurt antes mencionados, proponemos que el juicio de valor negativo que recae sobre las personas con diferencias significativas, sea comprendido como parte del proceso de preconcepto, en el que la descalificación del otro sirve como un indicador importante de lo que nos aterra en nosotros mismos y, sobre todo, nos guía respecto de la fuerza con la que persiste la visión de que existen personas para quienes fueron creados los derechos y aquellas que, cuando gozan de derechos, lo hacen bajo concesión.

Puede parecer extraño, a esta altura, la adhesión, desde el título de este capítulo, al término "forasteros". Si no están fuera de la humanidad o de los procesos sociales en que se configura y se reproduce nuestra vida, ¿están fuera de qué? Del reconocimiento de la legitimidad de su forma de existencia, del campo de los derechos, en particular aquel concerniente a la dignidad humana. Una persona con diferencias significativas es comúnmente vista como aquella que no debería ser, que no guarda las características necesarias para que se reconozca la legitimidad y la dignidad de su existencia. Su presencia indica un proyecto de humanidad que supuestamente falló. Frente a ello, incluso sin reconocerlo, habitualmente pensamos: *sería mejor si no hubiera sobrevivido*. Una vez más, Amaral (1995)

y Bueno (2004) nos ayudan a recuperar las diversas formas explicativas construidas, a lo largo de nuestra historia, respecto del fenómeno de la anormalidad. Peligro de deshonra para la *polis*, castigo o don divino, posesión demoníaca, enfermedad a ser tratada y curada, condición humana... estas diferentes concepciones que conviven aún hoy, a veces incluso bajo formas sincréticas, revelan la hegemonía de las ideas que provienen de la inviabilidad y de la inadecuación de los modos de ser, que el diferente nos presenta. De ahí, el forastero: incluso estando entre “nosotros”, es aquél cuyas vestimentas, cuerpo, comportamiento, lenguaje, denuncian su no-pertenencia.

LO QUE LOS PROCESOS EDUCACIONALES REVELAN ACERCA DE NUESTRO PROYECTO DE SOCIEDAD

Brandão (2006), al discutir sobre el tema de la Educación, relaciona el surgimiento de la institución educativa como entidad específica y sistemática, a parte de las actividades sociales cotidianas, a una determinada forma de socialización en la que tanto los bienes como los saberes pasan a ser jerárquicamente divididos entre los individuos de una colectividad, surgiendo, de esta forma, “*los que saben*” y “*los que pueden enseñar a saber*”. En este escenario hay muchos desarrollos, todos marcados por los efectos de la división social. Algunos de estos desarrollos están relacionados con su propio campo de saber, tal como lo señala el autor: cuando establecemos “*quién sabe*”, también estamos delimitando “*lo que debe ser sabido*” y, por tanto, “*lo que no vale la pena saber*”. Asimismo estamos definiendo que existen personas a las que se destina la enseñanza de lo que se debe saber. Niños ricos, integrantes de la cultura hegemónica... Pero el debate sobre el carácter excluyente y elitista de la institución escolar ya ha sido intensamente abordado por autores de diferentes áreas de la ciencia, que se han dedicado o incluso se dedican profundamente al tema.

Lo que pretendemos enfatizar es que el surgimiento de la institución educativa, como un lugar supuestamente destacado en la vida cotidiana de las sociedades, trajo consigo nuevas categorías humanas, pues, en la

medida en que nos preguntamos quién es escolarizable y quién no lo es, creamos las categorías: “niños escolarizables” y “niños especiales”. No estamos poniendo en duda la existencia, más allá de la escuela, de personas con diferencias significativas, incluyendo aquellos con graves compromisos motrices y cognitivos o con sufrimiento psíquico tan intenso que dificulta la comunicación o los lazos afectivos. Lo que está en juego aquí es la instauración de un espacio social destinado a los niños, que termina hasta por reconfigurar la idea de infancia, que presenta criterios de selección de sus usuarios relacionados de modo umbilical con el mantenimiento de la jerarquía social (Kupfer y Petri, 2000).

Bueno (2004), que se dedicó a estudiar la relación anormalidad-normalidad, considerando su construcción y su función en una sociedad de clases, afirma que la definición acerca de un sujeto diferente no se produce sólo por un único atributo de éste, después de todo:

1. excepcional es el individuo que difiere de la media (pero también el que no difiere);
2. excepcional es aquel que presenta dificultades en la escuela común (pero es también aquel que no las presenta);
3. excepcional es aquel que necesita educación especial (pero también es aquel que no la necesita) (p. 66).

El autor narra detalladamente la inserción, a lo largo de nuestra historia, de los diferentes grupos humanos, más allá de las personas con discapacidad, en el rol de excepcionalidad, de anormalidad y, por lo tanto, en el rol de aquellos que no estaban en condiciones de ejercer sus derechos. La institución educativa tuvo, desde sus orígenes, la función de transmitir el saber a aquellos que podían aprender, tanto como la condición de excepcional / anormal lleva en sí la idea de que la participación en los procesos regulares, normales, de socialización, al menos, sería inadecuada o poco aprovechable. Surge entonces la Educación Especial, teniendo entre sus destinatarios, precisamente, a este grupo: aquellos considerados inadecuados para la educación común. Con ello, el autor aclara una dimensión de la relación entre Educación Común-Educación Especial, que pocas veces recibe atención, tornando más complejo el análisis. Al mismo tiempo que

la Educación Especial puede configurarse como - a menudo único - espacio de circulación social y apropiación de saberes para un segmento de la población expulsado de la participación en la vida cotidiana, es también un espacio de sustentación del movimiento de expulsión de este segmento por parte del sistema de enseñanza común. ¿Por qué esta sustentación? Entre otros motivos, podemos destacar los siguientes: porque legitima la polarización normal-anormal; se organiza a partir de la consideración de las incapacidades y las imposibilidades de sus destinatarios; reafirma la imposibilidad de convivencia y aprendizaje conjunto; crea y nutre la posición del especialista como único capacitado para lidiar con el anormal. Por lo tanto, la Educación Especial precisa ser entendida como un instrumento importante de mantenimiento del lugar social de las personas con diferencias significativas, en la medida en que, más que proporcionarles un lugar social, termina por justificar su inferioridad.

No es por azar, ni por razones puramente científicas, que la excepcionalidad fue ampliando su espectro, incorporando niños con problemas cada vez más cercanos a la normalidad y hasta incluso los que la misma *objetividad científica neutra* considera dentro de los parámetros de normalidad. Al ampliarse de este modo y poniendo las dificultades de esos niños sólo en el contexto de sus *desvíos*, la excepcionalidad ha llegado a ser una justificación más para el mantenimiento del *status quo*, por consiguiente la solución para las dificultades de integración escolar y social de esta población no incorporó su propia producción y reproducción de las condiciones de la estructura social. (Bueno, 2004, p. 172).

El panorama de la Educación, todavía hoy, nos exhorta a pensar y actuar de modo clasificatorio. Es contundente la hegemonía del pensamiento educativo que valoriza las adquisiciones realizadas individualmente por el alumnado, a partir de las relaciones de competencia entre los sujetos. El factor principal es el rendimiento individual frente a situaciones de disputa con el resto de los alumnos, pasando de compañeros a oponentes. Son incontables los documentos del gobierno brasileño y las publicaciones científicas que afirman que los objetivos de la Educación se centran en el desarrollo de habilidades y competencias de los sujetos. Algunos autores provenientes de la Educación, de la Psicología y la Sociología de la Educación, han revelado ya que nuestro sistema educativo, que se articula con un proyecto político y económico, se organiza a partir de una lógica que

imputa al individuo la responsabilidad por su propio rumbo, sin cuestionar el mundo en el que esto sucede.

Una situación común que escuchamos en las escuelas brasileñas es: "En esta clase, hay dos casos de inclusión que están aquí porque necesitan socializarse". "*Caso de inclusión*" ya es una expresión bastante emblemática de la manera en que estos alumnos están siendo vistos. Ellos no son personas, no son estudiantes; son casos, "casos de inclusión". La exclusión, una vez más, es la marca. Pero, esta vez, una exclusión paradójica, como dice Bourdieu (1997), puesto que es exclusión e inclusión. Los estudiantes están allí. Y ¿por qué están en las salas de aula? "Ah, para socializar, porque esto es muy importante para ellos". Y el razonamiento, aparentemente, se interrumpe allí.

Puede *parecer* que las personas se dan por satisfechas con esta justificación. Ningún otro pensamiento es exigido, después de todo, quién puede negar la importancia de que un niño con síndrome de Down, por ejemplo, pueda tener amigos y asistir al recreo. Ya es suficiente que el niño pueda circular entre "nosotros". Esta es una afirmación muy intrigante que nos pone en la búsqueda de potenciales significados para las personas que la efectúan. Un posible camino - y sólo es uno entre otros posibles - es preguntarnos cómo nos hemos socializado. Cuando escuchamos a los educadores, los profesionales de la salud, los padres, cuando nos escuchamos a nosotros mismos, inmersos como estamos en la cotidianidad, parece que socializarse es tan sólo asistir a un espacio social.

Puede *parecer* también que se trata de poder aprender algunas prácticas de auto-valoramiento, después de todo, las Actividades de la Vida Diaria (AVD) componen igualmente el plan de estudios de la Educación Infantil y la Educación Especial. No estamos cuestionando la importancia del aprendizaje de la autopercepción y del cuidado de sí. Estas prácticas pueden llegar a ser actividades educativas muy interesantes. No sólo ellas, pero pueden insertarse en un proyecto pedagógico que conlleve una contribución, ya que pueden ser actividades que aporten conocimientos para todos. Pero no es eso lo que ocurre.

Puede *parecer* que nos contentamos con estas pequeñas adquisiciones. Es cierto que a cada conquista, necesitamos celebrar, pero también podemos -y debemos- hacer de esto un motor para otros proyectos. Nos con-

tentamos con muy poco, principalmente cuando hablamos de Educación Pública para personas con diferencias significativas.

Saliendo del campo de las apariencias, debemos recordar que, incluso antes de nacer, estamos insertos en una cultura, en una forma de vivir, de explicar lo que vivimos y de transmitir este entendimiento (Winnicott, 1975). Un niño con tetraplejia, por ejemplo, que vive aislado, sin ningún tipo de contacto, está inmerso en nuestra sociedad, está aprendiendo quién es él, cómo es el mundo, cuál es su lugar en él, qué se puede esperar de él y qué es lo que los otros esperan de él. Incluso aislado en su habitación, él está aprendiendo todo esto.

¿Qué aprende una persona que llega a la adolescencia sin haber asistido jamás a la escuela? Aprende, por decir lo mínimo, que la escuela no es el lugar para él. Ese aprendizaje está acompañado por la nítida sensación de que los espacios ya constituidos no pueden ser transformados en función de las necesidades y deseos de cada uno: así son y así deben continuar siendo. El niño aprende, entonces, que la escuela y él no son compatibles. Y esto es inmutable, a no ser que el niño mismo se adecúe.

Por lo tanto, la conquista de la escolarización, por parte de la población con diferencias significativas debe ser muy celebrada. Estamos, a fin de cuentas, reconociendo la legitimidad del derecho: **la escuela le pertenece a todos**. Pero hoy, pasado el momento del reconocimiento de esta legitimidad, ya podemos ir más allá y preguntarnos: ¿qué socialización ofrecemos cuando recibimos a personas con discapacidades en las aulas comunes de la forma en que las estamos recibiendo, es decir, sin cambios sustantivos de la escuela?

Hablamos acerca de la necesidad de transformaciones arquitectónicas y discutimos sobre accesibilidad: rampas, ascensores, indicadores para las personas con discapacidad sensorial... pero hay un vicio subjetivista, que persiste: "lo que importa es nuestra disponibilidad para recibir a esos estudiantes". Es cierto que afecta la disponibilidad de los profesionales de la Educación, pero también necesitamos preguntarnos qué transmite la no accesibilidad. Entonces, el debate sobre las modificaciones arquitectónicas no se refiere sólo a los cambios en la infraestructura, sino que también implicaría considerar lo que comunica la falta de infraestructura.

Los cambios en el contenido, en las evaluaciones, en la didáctica... también son discutidos, y, sin embargo, siempre hay alguno que plantea: "¿Pero yo tengo que cambiar tanto por uno sólo? ¿Y los otros? ¿Para beneficiar a uno, yo tendré que dejar de asistir a los otros 36 alumnos?" Si escuchamos con atención, veremos que se mantiene la lógica de que "alguien tendrá que quedarse fuera, la pregunta es ¿quién?". Persiste la certeza de que nunca todos podrán ser beneficiados, porque esto no es posible. Así, en la base de todas estas transformaciones, debería encontrarse la reflexión de lo que son las condiciones de trabajo para que todos puedan participar de manera digna. Existe una necesidad de participación política, del derecho a hablar y a actuar, y no sólo la reproducción, el derecho a la aparición de las diferencias, las contradicciones, y el derecho a un espacio de debate, de circulación de experiencias, de ideas, para que se pueda pensar conjuntamente en caminos a ser seguidos (Gonçalves Filho, 2004; 2007).

En las escuelas de hoy las diferencias no tienen posibilidad de aparecer. Se homogenizan las ideas, las prácticas y las evaluaciones. También las personas, los educadores y los alumnos. Hay una socialización en curso en la escuela, no debemos olvidarla, y que se aplica a todos: los niños o los adultos, bien formados o mal formados, los discapacitados, los pobres, o "los normales"; se promueve la formación de un inevitable sentimiento de que aquello que somos no cabe en este mundo, que es preciso que nos adecuemos, cualquiera sea el costo, duela lo que duela. La escolarización de las personas significativamente diferentes pone en el orden del día el debate sobre las condiciones en las que nos hemos socializado, qué patrón de sociabilidad hemos valorizado. Esta reflexión, en sí misma, ya revela caminos. No sólo es la negación de todo lo que existe, sino también apertura de caminos. Entendemos la escolarización en el arco de un proyecto de socialización en el que cada uno de nosotros pueda estar presente, con el derecho a pensar, expresarse y participar en la decisión sobre los rumbos de nuestra sociedad. O bien, estamos condenados a la humillación de no reconocer nuestra natural y legítima pertenencia a la comunidad humana. Y esta es la socialización que está en curso, hoy en día.

Por lo tanto, vale la pena señalar que, cuando nosotros utilizamos la expresión Educación Conjunta para Todos y Todas, insistimos en enfati-

zar un proyecto político-educacional más amplio y más radical que aquel que viene siendo comprendido como Educación Inclusiva: se trata de un compromiso colectivo con el cambio de un modo de pensar y de actuar, que busca garantizar el irrestricto derecho a la Educación.

LA EDUCACIÓN CONJUNTA PARA TODOS Y TODAS COMO UN PROYECTO DE SUSTENTACIÓN DE LO HUMANO EN NOSOTROS

No en vano, Benjamin (1995) nos advierte sobre la necesidad de que todos los golpes sean realizados con la mano izquierda. No se trata de encontrar la nueva fórmula que nos redimirá del trayecto hacia una predominante deshumanización que hemos construido, sino de sorprender, de desconcertar a las fuerzas que sostienen ese camino y al cual nos conducen constantemente.

Sin maniqueísmos, no es uno solo, ni somos algunos de nosotros los culpables por el mantenimiento de las fuerzas deshumanizantes. Ni siquiera le puede caber a un héroe mítico o a un grupo iluminado la preparación y realización de un nuevo sentido social. Todos somos colectivamente responsables tanto por la pérdida de la historia, que nos aleja de la percepción del rumbo que tomamos, como de la reanudación de las relaciones entre el pasado y el presente, con el fin de recolocarnos frente a un proyecto de futuro que un día nos comprometeremos a producir. Comentando la II Tesis de Benjamin (1994) sobre el concepto de Historia, Löwy (2005) afirma: “*El único mesías posible es colectivo: es la humanidad misma, más precisamente, como veremos después, la humanidad oprimida*” (p. 52). Aquí, apoyados en los estudios de Gonçalves Filho (1998, 2004) sobre la humillación, nos gustaría proponer otra forma de comprensión: no estaríamos asignando a una parte de la humanidad la condición de Mesías, sea cual sea, la parcela oprimida. Afirmamos que es, a partir de la conciencia de las condiciones de opresión que nos alcanzan a todos y a cada uno de nosotros, que esa fuerza gigantesca y revolucionaria, puede surgir.

La fruición, que nos podría llevar a una experiencia viva de unos con los otros y con nuestra historia, que posibilitaría una verdadera relación

de extrañeza y conocimiento continuo del mundo, hoy es vivida como displacer (Horkheimer y Adorno, 1985). Lo que se presenta como objeto de placer para nuestros sentidos tan empobrecidos no es más que el juego realizado por el Fetichismo de la Mercancía: la relación de fruición de una producción cultural es oscurecida por la necesidad de la posesión cosificante y mezquina de un producto, las características sociales del trabajo humano pasan a ser vistas como las características de los productos de ese trabajo. Agotados por la sucesión de tareas a cumplir a fin de que la acumulación individual de objetos esté garantizada, acabamos por contentarnos con el precario placer advenido de la sensación de control de alguna dimensión de la vida, aunque sea el control sobre un objeto despojado de su carácter histórico, cuyo trabajo humano individualmente emprendido expresaría la historia de la producción social. Más sencillamente, un nuevo aparato de sonido acaba por proporcionar placer, más por el mensaje social de que su poseedor puede emplear un valor sustancial en su adquisición, que por el hecho de que fue necesario la participación de muchos hombres en su fabricación, así como un trabajo social de acumulación de conocimientos, tecnologías y arte para su existencia. La maravilla expresada en la posibilidad de que un conjunto de piezas de metal y plástico puedan generar música, se convierte en algo banal, cuando no, desapercibido.

Atados por la condición constante de mediadores de las relaciones entre los objetos, permanecemos en la ilusión de que pertenecemos a un colectivo. Imposibilitados de sentir nuestros propios dolores y mucho menos los dolores de los otros, nos tornamos incapaces de identificarnos unos con otros: “La incapacidad para la identificación fue, sin duda alguna, la condición psicológica más importante para que se vuelva factible algo como Auschwitz, en medio de personas más o menos civilizadas e inofensivas” (Adorno, 2003, p. 134).

Continuando en compañía de este autor, consideremos el desaliento presente en la percepción de que las manifestaciones de violencia a las que estamos sometidos todos en nuestro cotidiano, no son más que asistidas por nosotros. La rabia ante el incumplimiento de las promesas de transformación no se vuelve contra este “incumplimiento de contrato”, sino contra el hecho de que existió, en algún momento, la promesa misma. “Auschwitz surge como alegoría del capital encantado con su supuesta autosuficiencia.

Representa el sueño, que sólo puede ser soñado como pesadilla, de capital sin trabajo vivo". (Adorno, 2003, p. 28, el destacado es nuestro)

Cuando nos comprometemos a la reanudación de un proyecto de sociedad cuyo sentido es la realización de la humanidad, necesariamente, debemos comprometernos también con el hecho de hacer viable la democracia, lo que implica la formación de personas que puedan comprender y dar sentido al mundo de las relaciones de las que participan. En este contexto, ¿cómo pensar la educación?

Adorno (2003), sustentando la preeminencia de comprender las condiciones que hicieron posible Auschwitz, afirma que una formación cultural emancipatoria no obedece a fórmulas o sistematizaciones que aparecen como las más adecuadas; no admite la subordinación a la autoridad no esclarecida o a falsos compromisos basados en la heteronomía; tampoco tiene en la competencia el ejemplo de la forma de relacionarse con el mundo, ya que se trata de la consciencia verdadera, la experiencia viva del hombre con la realidad que lo rodea.

La educación, tal como se configura hoy, ha dado muy pocas oportunidades para que su vertiente de resistencia, de producción de formación cultural pueda profundizarse. Y, por el hecho de tener la capacidad de comprender el pasado, incluso en lo que se refiere a su índice de horror, a su contenido incomprensible, la Educación continúa siendo esencial en un proyecto que permita retomar la centralidad humana en los procesos sociales, pero esta vez no como propagadora de ideales y valores morales, tal como fue concebida en la ilustración, sino como una entidad que sustente la posibilidad de conciencia en nosotros mismos, sobre las razones por las que nos hemos convertido en lo que somos hoy. Por lo tanto, el pasado no puede ser simplemente olvidado, sino rescatado, no como un momento nostálgico a ser alcanzado nuevamente a cualquier costo, mucho menos como objeto de expiación de los males que comportó, sino como analizador, para que las causas de la barbarie sean conocidas y enfrentadas en el presente, para asegurar así el conocimiento de los elementos concretos que hoy todavía concurren para la puesta en práctica de otros Auschwitz.

Ya sabemos, no obstante, que no se trata de, ingenuamente, tomar el esclarecimiento como algo a ser transmitido, como una disciplina a suminis-

trar, esperando que, con ello, las personas adquieran conciencia histórica:

Si evaluamos los potenciales efectos de la supervivencia del nazismo con la gravedad que le atribuyo, entonces, esto significará incluso una limitación de la pedagogía del esclarecimiento. Ya sea que ella sea psicológica o sociológica, en la práctica sólo alcanzará a quienes se muestren abiertos a ella, que son precisamente aquellos que se cierran al fascismo (Adorno, 2003, p. 45).

No desanimarse, continuemos con el autor:

Aunque la iluminación racional no disuelva directamente los mecanismos inconscientes, como enseña el conocimiento preciso de la Psicología, al menos refuerza en el preconsciente determinadas instancias de resistencia, ayudando a crear un clima desfavorable al extremismo (p. 136).

También de una tercera forma, la explicación puede ser importante: dadas sus limitaciones cuando se trata del alcance de transformaciones objetivas, el conocimiento de los aspectos subjetivos comprendidos en la barbarie, a partir del estudio psicoanalítico sobre los verdugos del nazismo, se podrían esclarecer los mecanismos que constituyen su personalidad, así como las condiciones concretas involucradas en esa constitución. Este estudio también cumpliría la función de orientar el planteo de una nueva propuesta educacional, en la que la primera infancia recibiera mayor atención.

Es cierto que las alternativas ofrecidas no prometen grandes adhesiones a un proyecto de exterminio de las condiciones concretas de la barbarie. También es cierto que existe un imperativo en el discurrir de toda la formulación de la teoría crítica de la sociedad: la cultura no puede ser simplemente mantenida como se viene presentando. A partir de sus reflexiones sobre la música, se vislumbra desde dónde pueden surgir elementos que originen nuevas formas de vincular teoría y práctica, manteniendo la tensión entre ideología y vanguardia:

Precisamente lo que ya está "gastado" cede maleablemente la mano improvisadora; precisamente los temas remezclados reciben una nueva vida como variaciones (...) Esta música consigue asumir los elementos depravados y forma un conjunto realmente nuevo, pero es innegable que su material es tomado de la audición empobrecida. (Adorno, 1999, pp. 107-8).

Desde una perspectiva winnicottiana (1975; 2000), el encuentro entre

Los seres humanos es aquello que constituye a la humanidad misma. Los diversos momentos por los que este encuentro pasa, desde la relación cuidador/bebé hasta la dependencia mutua, pueden ser demostrativos de la manera en que el hombre está forjado en las diferentes formas que la relación con el otro implica. El tiempo subjetivo y el tiempo transicional revelan elementos del juego de presentación, de manipulación, de apropiación del mundo, para que, finalmente, pueda compartirse la experiencia de estar en el mundo con el otro. Se trata desde el psicoanálisis, por lo tanto, de los procesos de reconocimiento y de no-reconocimiento de la humanidad en nosotros, a través de la experiencia con el otro, que nos permite crear lo que ya está allí. Para ello, es necesario que nos identifiquemos, que podamos soñar que el otro que tenemos delante es un igual, es un sujeto como nosotros.

Otro aspecto relevante en el proceso de constitución de la subjetividad se refiere a la posibilidad de realización de experiencias y de acceso a los objetos culturales a ellas relacionados; objetos que sean significativos, que tengan sentido, sobre todo, que revelen la existencia de lo humano en el mundo y que promuevan el sentimiento de existencia de cada uno de nosotros, con el derecho a presente y pasado, apoyando el acto de soñar con un porvenir. Entre los objetos culturales, cabe destacar los objetos étnicos y los objetos transicionales, que son elementos fundantes de ese sentimiento (Safra, 2004). Los primeros están relacionados con la historia familiar del grupo cultural al que pertenece el sujeto, es decir, apuntan al entroncamiento de las varias vidas humanas que se materializan en las interrelaciones. Los objetos transicionales nos ofrecen la posibilidad de habitar el mundo: en la medida que se prestan para dar cabida a nuestras producciones imaginativas, nos permiten tener cada vez más esperanza en la interlocución entre lo que necesitamos, lo que deseamos y lo que la cultura tiene para ofrecernos.

Teniendo presente la máxima freiriana (Freire, 2000) de que no hay educación en sí misma, sino que los hombres se educan unos a otros, en comunión, una posible contribución de la Psicología sería prestar atención al fenómeno del impedimento de la realización del proyecto educacional, su lógica, sus sentidos, sus protagonistas. No se puede tomar como puramente psicológico, no decodificar, dividir o sistematizar simplemente,

sino comprendiéndolo en su positividad. No estamos defendiendo con eso la propuesta de una Educación igual para todos, por el contrario: es absolutamente necesario discutir, en conjunto, sobre qué condiciones deben ser ofrecidas a fin de garantizar el derecho a la Educación para todo y cualquier ser humano, tomado como necesariamente plural.

Sabemos que la consecución del objetivo principal de la Educación, sea cual sea el intercambio crítico de los saberes acumulados históricamente, no está garantizado por la inscripción escolar, porque ya sabemos que la naturaleza de la lógica, en virtud de la cual la institución educativa fue erigida y permanece, es meritocrática, excluyente. Kupfer y Petri (2000) nos recuerdan que el nacimiento de la escuela crea, al mismo tiempo, otro fenómeno: el niño-escolar. Ahora, en la medida en que nos preguntamos quién frecuentará la escuela, estamos reconociendo la existencia de niños escolarizables y no escolarizables. Podemos revisar cuáles son los criterios utilizados a lo largo de nuestra historia para responder a esta cuestión. El recuerdo se produce en nosotros rápidamente, acompañado, sin embargo, de un sabor amargo que, a su vez, nos hace comprender por qué insistimos en olvidar algo tan básico con respecto a la Educación para Todos. Desde su origen, la escuela, institución social que es hija de su tiempo, no entiende como escolarizables aquellos que son significativamente diferentes, ya sea debido al idioma, a la cultura, a las condiciones socio-económicas, a la imagen corporal, a la organización sensorial, etc. En definitiva, significativamente diferentes porque no coinciden con el patrón hegemónico -y abstracto- vigente.

Cuando no existe la posibilidad de reconocernos en el campo social, en medio de los otros hombres, perdemos nuestro vínculo con el pasado, el presente y el futuro, nuestro accionar se convierte en algo en sí mismo, con la única función de garantizar, por unos momentos más, la continuidad de la reproducción de vida abstracta. Pero la posibilidad de otras relaciones se mantiene: "La visión del hombre por el hombre, esta experiencia de que frente al otro no estamos delante de materia bruta o de un mero organismo - mantiene su carácter irreductible. Permanece latente. En condiciones favorables, puede reavivarse" (Gonçalves Filho, 1998, p. 49).

Es cierto que la empresa actual de insertar en el texto de la ley brasileña la obligatoriedad de pensar en la escolarización de cada segmento poblacional que cuidadosamente excluimos a lo largo de la historia de nuestra Educación es un avance sin precedentes. Pero, como en todo proceso social, algunos elementos de regresión son, también, fácilmente percibidos; por ello, paradójicamente, pensamos en la pregunta: "¿quién quedará fuera de la escuela?" puede que esto nos haga percibir la trayectoria de nuestra (des)humanización, abriendo el terreno para que otro camino sea transitado, en otra dirección.

Innumerables estudiosos, sean de la Educación, o de la Psicología Educativa, han destacado el señuelo presente en este intento de entender los fenómenos de la Educación Especial sin relacionarlos a la política educativa como un todo. Ahora bien, si la escolarización que se ofrece a las personas significativamente diferentes se reenvía al proyecto de Educación general, se debe entender cuáles son sus compromisos y cómo se materializan en la actual organización escolar. Y el desafío de una Educación Conjunta para Todos y Todas incide precisamente en este punto: la escuela - común o especial - tal como hoy está organizada, no le garantiza a nadie el sentimiento de pertenencia al universo humano, sólo necesitamos echar un vistazo a los índices de desempeño escolar o al porcentaje de licencias por razones de salud por cuestiones relativas al padecimiento psíquico de los educadores. Pero, si quisiéramos conocer este fenómeno en forma profunda y compleja, nada mejor que hacer un acompañamiento extenso de la vida cotidiana de los estudiantes y educadores en una escuela pública, por ejemplo, como bien nos enseñaron numerosos autores de Psicología Educativa, comenzando por Patto (1999).

Por encima de todo, existe un acuerdo sobre la necesidad de concebir un proyecto educativo en el que las relaciones establecidas entre los diferentes sujetos sea significativa, es decir, considere los intereses de todos los participantes; atienda a cada uno en sus necesidades, promueva la participación de cada cual, según sus posibilidades, siempre con el propósito de garantizar el alcance de los objetivos colectivamente establecidos.

Debemos ser conscientes de las limitadas soluciones creadas hasta el momento para la realización de la Educación Conjunta para Todos y Todas. Sería mejor reconocer la ausencia de propuestas alternativas al modo

lo hegemónico, segregacionista y clasificatorio, que someter a las personas a una condición precaria, sin claridad de objetivos y espontaneísta que, en última instancia, acabará por alimentar las fuerzas conservadoras, que van a utilizar la inconsistencia de las respuestas sociales para reafirmar la inviabilidad de la convivencia humana.

¿Qué significa, entonces, defender la Educación Conjunta para Todos y Todas? Heller (2004) afirma que la historia no persigue un fin, puesto que las alternativas históricas son siempre reales: es posible decidir siempre. No estamos donde estamos por obligación.

Desde el momento en que el hombre produjo las posibilidades de su propia esencia, al elevarse a través de la hominización por encima del reino animal, puede realizar, apenas, precisamente estas posibilidades. Una vez que lo logra, en cualquiera de las direcciones posibles, ya no puede perderlas desde el punto de vista del desarrollo histórico global. De esta manera, surge la apariencia de que nos encontramos ante el extraño plano de un arquitecto, de la "astucia de la razón" (Heller, 2004, p. 15).

Podemos - y debemos -, hoy en día, hacer algo con aquello en lo que nos transformamos a lo largo del tiempo, proporcionando, entonces, un sentido a nuestra historia. Y nuestras decisiones serán tanto más valiosas cuanto más podamos realizar aquellos valores que históricamente construimos.

La actual política pública de la Educación apela fuertemente a una pseudo-consideración de las diferencias individuales, culturales, étnicas, etc. "Pseudo" porque, al referirse a las necesidades especiales, disturbios, trastornos, discapacidades, etc., termina por particularizar las condiciones de tal manera que no conseguimos más reconocer su vinculación con la comunidad humana.

Recurriendo a la diferenciación entre vivencia y experiencia propuesta por Benjamin (1996), podemos entender que la presentación de la diversidad humana bajo el signo de las patologías se refiere a los procesos de individualización que caracterizan el primer concepto. Cuando en la vida colectiva nada permite el reconocimiento del sujeto en la sociedad que participa, después de todo, la apariencia pública es homogénea y uniforme. No hay ninguna textura o formato que pueda servir de enlace entre las personas y la colectividad. Además, una posibilidad común, nos alerta

el autor, es el movimiento de interiorización de la individualización. En las palabras de Gagnebin: “la historia de sí, poco a poco, llena el papel que ha dejado vacante la historia común” (2007, p. 59).

Existe una apariencia de respeto a las diferencias en la forma en que está estructurada la política pública de inclusión educativa en Brasil. Sin embargo, en la medida en que propone que las personas sean atendidas en función de las patologías que las diferencian unas de otras, otra cara se pone en evidencia, que es la de la desconsideración de los sujetos concretos, que son irreductibles a un diagnóstico, a una sintomatología o incluso a un rasgo psicosocial. Al codificar fragmentos de nuestra humanidad como indicativos de funcionamientos discrepantes en relación con la norma abstracta, la política educacional vigente termina por reiterar la posibilidad de un nuevo colectivo: el de los anormales. Otras clasificaciones pueden ser utilizadas como “especiales”, “casos de inclusión”, “personas con necesidades especiales”, pero la marca se refiere a cómo estos fragmentos distan de la normalidad.

Asimismo, hay que considerar un efecto paradójico de la pertenencia a la categoría de forasteros en el campo de la educación. Se trata del rótulo para aparecer destacado en el colectivo, diferente de los demás. Es el sello obtenido, a partir de la anormalidad, lo que implica que el individuo pasará a ser considerado como parte de un proyecto de tratamiento, adaptación, rehabilitación, que será exitoso en la medida en que pueda devolverlo rápidamente a la masa amorfa, despojada y uniforme que constituye, hoy, la humanidad.

Como si en un sueño kafkiano, nos enfrentáramos a una puerta que no podemos dejar de abrir, incluso a sabiendas de que nos vamos a encontrar con un laberinto de tantas otras puertas. Una vez en este corredor aparentemente incomunicable, sin destino, tendremos que habitar, conocer la materia con la que se constituye, la lógica que lo rige, para encontrar allí las marcas de nuestros antepasados. De esta manera, al recuperar los rastros de cada uno que nos precedió, vamos a conocer la ubicación de donde partimos y las posibles rutas de escape que construimos, quien sabe podamos religarnos al motivo por el cual hemos iniciado el trayecto, restableciendo, entonces, la comunicación y el compromiso con el sentido social de cualquier existencia: la realización de la esencia humana.

NOTAS

1. Doctora en Psicología Social y Magister en Psicología Educacional por la Universidad de São Paulo/Brasil. Psicoterapeuta. Docente en el curso de Psicología de la Universidad Presbiteriana Mackenzie – São Paulo/ Brasil. Consejera Presidenta del Consejo Regional de Psicología de São Paulo/Brasil. Autora de artículos, capítulos y libros relativos a las contribuciones de la Psicología para garantizar el derecho a la Educación para todos y todas.
2. Art II. “Toda persona tiene capacidad para gozar de los derechos y libertades establecidos en esta Declaración, sin distinción de cualquier especie, sea de raza, lengua, religión, opinión política o de otra naturaleza, origen nacional o social, riqueza, nacimiento, o cualquier otra condición”. Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.
3. Hacemos, aquí, explícita referencia a Goffman (1988) en el capítulo “*El Yo y su Otro*”, de su libro *Estigma: notas sobre la manipulación de la identidad deteriorada*.

Bibliografía

- Adorno, T. W. (2003). *Educação e Emancipação*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Adorno, T. W. (1999). O Fetichismo na Música e a Regressão da Audição En: *Pensadores*. São Paulo: Nova Cultural,
- Amaral, L. A. (1995). *Conhecendo a deficiência: em companhia de Hércules*. São Paulo: Robe Editorial.
- Benjamin, W. (1995). *Rua de Mão Única. Obras Escolhidas*. Volume II. São Paulo: Brasiliense.
- Benjamin, W. Experiência e Pobreza. En: Benjamin, W. (1996). *Magia e Técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. Obras Escolhidas. Volume III. São Paulo: Brasiliense.
- Bourdieu, P. (1997). Compreender. En: Bourdieu, P. (Coord.). *A Miséria do Mundo*. Petrópolis: Vozes.
- Bueno, J. G. S. (2004). *Educação Especial Brasileira: integração/segregação do aluno diferente*. São Paulo: Educ.
- Brandão, C. R. (2006). *O que é Educação?* São Paulo: Brasiliense.
- Canguilhem, G. (1982). *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense.
- Gagnebin, J. M. (2007). *História e Narração em Walter Benjamin*. São Paulo: Perspectiva.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC.
- Gonçalves Filho, J. M. (2004). A invisibilidade pública (prefácio). En: Costa, F. B. da. *Homens invisíveis* relatos de uma humilhação social. São Paulo: Globo.

La patologización de las diferencias...

- Gonçalves Filho, J. M. (2007). Humilhação Social: humilhação política. In: Souza, B. de P. *Orientação à Queixa Escolar São Paulo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gonçalves Filho, J. M. (1998). Humilhação Social um problema político em psicologia. *Revista Psicologia USP*. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, vol. 9, n.2.
- Heller, A. (2004). Valor e História. En: heller, A. *O Cotidiano e a História*. São Paulo: Paz e Terra.
- Horkheimer, M.; Adorno, T. W. Preconceito. In: Horkheimer, M.; Adorno, T. W. (1973). *Temas Básicos de Sociología*. São Paulo: Cultrix.
- Horkheimer, M.; Adorno, T. W. (1985). *Dialética do Esclarecimento: fragmentos filosóficos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Kupfer, M. C. M.; Petri, R. (2000). Por que ensinar a quem não aprende? En: *Estilos de Clínica*. Rev. Sobre a Infância com Problemas, vol.V, n.9.
- Löwy, M. (2005). *Aviso de Incêndio: uma leitura das teses "Sobre o Conceito de História"*. São Paulo: Boitempo.
- Organização Das Nações Unidas. *Declaração dos Direitos Humanos*. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php. [acessado em 14/7/2008].
- Patto, M. H. S. A. (1999). *Produção do Fracasso Escolar: histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Weil, S. (1996) Reflexões sobre as causas da liberdade e da opressão social. En: WEIL, S. *A Condição Operária e Outros Estudos sobre Opressão*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Winnicott, D. W. (1975). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Capítulo X

ENTRE PREVENCIÓN Y PREDICCIÓN

Rosa Nunes

En la actualidad, en Portugal y en muchos otros países, crece la preocupación por el retorno y la intensificación de una visión biologicista y geneticista de la educación, que hace eludir la dificultad de responder educativamente a las exigencias de una escuela democrática. En este texto se pretende reflexionar acerca del carácter exponencial del desplazamiento de la búsqueda de soluciones educativas, para el campo de las soluciones psicologizantes y medicalizantes que, legitimando "científicamente" la ausencia desresponsabilizadora de respuestas educativas en una escuela de masas, naturaliza e invisibiliza fenómenos de exclusión, que sobreviven sostenidos por políticas educativas con una carga de apariencia democrática e incluso filantrópica, que torna esos fenómenos aún en más intocables.

DE LOS AFECTOS

En los escritos sobre Literatura y Arte, Bertolt Brecht (1938) desarrolla la pedagogía del sentido de la vida y afirma:

(...) esto no es arte. ¿Cómo podría el Arte conmover a los hombres si no está él mismo conmovido por sus destinos? ¿Si yo mismo me cierro a sus sentimientos, cómo podrían sus corazones abrirse a mis escritos? Y si no me esfuerzo para encontrar un camino que los libere de sus sufrimientos, ¿cómo podría encontrar el camino de las cosas que escribo?

Sorprendentemente – o tal vez no – es un científico de las llamadas “ciencias duras”, João Caraça que, invocando un film de Nanni Moretti, “El cuarto del hijo”, nos introduce en el denso mundo de las emociones, donde se muestra la necesidad absoluta de encontrar un sentido a la vida, sin el cual no funcionamos y nos comportamos de manera paradójica.

Sin embargo, la medicalización de la educación y de la sociedad en general viene a contramano de esa búsqueda del sentido de la vida, obstaculizando el derecho a decidir qué hacer de ella y con ella.

En una sociedad moderna, en apariencia tan dominada por la tecnología y por la acumulación de riquezas, tan obsesionada con la pretendida racionalidad de las elecciones y la explosión de la información, aquello que en realidad la estabiliza y le asegura permanencia es la red de interacciones emocionales y afectivas que se tejen y se reconstruyen en todas las horas, minutos y segundos de todos los días.

En el mundo de la tecnociencia y de internet, del mercado y del espectáculo, lo que cuenta, en el fondo, tan en el fondo que ni parece tener importancia, son los afectos.

Cambiaron las condiciones y los medios de apropiación y acumulación material, el espacio geográfico en el que nos movemos, también el modo en que nos comunicamos con los otros, pero lo que no cambió fue nuestra pulsión de vivir y continuar. Son los afectos, las emociones, los sentimientos, las pasiones, salpicados por unos tímidos discursos y ejercicios de la razón los que, en realidad, conducen el mundo.

Cuando perdemos a un ser querido se produce una tremenda amputación de sentido, un espacio oscuro que nos atonta, que nos hace agonizar,

que nos desequilibra. Ese agujero negro dejado por un afecto perdido es grande, hace que todo lo que ocurra se constituya en una nueva realidad. En el conjunto de los significados que organizan nuestro conocimiento de la realidad, los ligados a los afectos, son dominantes. Este aspecto es central en la teoría moderna del conocimiento, nos esclarece João Caraça.

Si para Hegel el amor es el conocer que en el Otro se conoce, esto es, en el que cada uno se asemeja al otro, justamente, por estar contrapuesto, en Paulo Freire se explicita el conocerse en el Otro, haciendo depender de esa relación intersubjetiva la formación del propio Yo, erigiendo el amor como condición sin la cual no existe el espacio dialógico. En la tensión entre reconciliación y conflicto previo se afirma y se revela la identidad basada en el conocimiento recíproco, en la unión complementaria de sujetos que se encuentran contraponiéndose.

Interpretando su lectura del mundo en la búsqueda insistente de armonización de las relaciones humanas lo que distingue a Paulo Freire de la mayoría de los otros educadores de izquierda, en estos tiempos de razón cínica, es su insistencia, sin la mínima vergüenza de hacerlo, de la importancia del poder del amor” (Mc Laren, citado en Freire, A. M. A, 2001, p. 194 – la traducción es nuestra).

Al contrario de esta armonización, el olvido del Otro viene permeando nuestras relaciones, que van reduciéndose a los dictámenes de la audiencia, en un mundo donde las categorías *competición*, *empresarismo*, *mercado* como el *deus ex máquina*, pasaron a controlar nuestras vidas.

DE LA RESISTENCIA A LA DOMESTICACIÓN

La conocida aseveración de Condorcet – *toda sociedad que no es iluminada por los filósofos es engañada por los charlatanes* – nos estimula a una reflexión sobre la temática en título y coincide con las preocupaciones que aumentan hoy con respecto a la visión biologicista y geneticista de la educación, eludiendo la dificultad de responder educativamente a las exigencias de una escuela popular.

Élever ses enfants, s'occuper des enfants des autres nous confronte à osciller entre deux désirs. Le désir qu'ils sachent s'adapter aux attentes de la collectivité, et en même temps, celui de les en protéger de peur qu'ils y soient formater et n'y perdent leur "je suis" en devenir (Giampino y Vidal, 2009, p.11).²

En esta bella síntesis, con la cual comienzan su preocupante y esclarecedora obra "*Nos enfants sous haute surveillance – Évaluations, dépistages, médicaments...*"³, Sylviane Giampino y Catherine Vidal nos dan así una reflexión actualizada sobre el exigente camino de una educación para la autonomía y la formación de sujetos crecientemente autónomos e ilustrados, en la tensión entre libertad y adaptación, como resistencia a la domesticación.

La influencia del abordaje biologizante de la diversidad de comportamientos humanos, que se hace sentir hoy en Europa, con cierto retraso en relación a América del Norte, nos desafía a una reflexión atravesada por esta tensión, en el camino de una educación no domesticadora, sino por el contrario, formadora de un yo, en comunidad con otros yoes, esto es, en una sociedad, y no en su aplastamiento por una relación autoritaria que, muchas veces, en los vínculos escolares, se confunde y "sustituye" – con un inconmensurable costo para los niños – la relación amorosa, con el "cuidar". Desafío que nos compromete con una persistencia militante de transponer la tendencia actual de la **tentación de una prevención normativa** y, al mismo tiempo, con una deconstrucción de los estereotipos en ella involucrados.

Como esclarece el reconocido genetista Axel Kahn (2009), el hallazgo de un gen que dirija un comportamiento complejo, como aquel que comande la agresividad, la violencia, la delincuencia, la pedofilia, la depresión profunda con riesgo suicida, es absurdo y falso. Esta afirmación no pretende negar la influencia de propiedades biológicas de nuestro cerebro sobre nuestra vida psíquica, al contrario, lo que ella descarta es el estereotipo reduccionista de un determinismo genético delimitando el destino de cada persona.

Todo sucede como si la incapacidad de la civilización moderna (desarrollada) para erradicar todas las formas de conductas antisociales fuese puesta a cuenta de un problema de origen neurogenético, desembocan-

do en la ilusión de una posible corrección terapéutica de esa resistencia a la domesticación. Dado esto, en lugar de analizar la deriva salvaje del mundo moderno, en relación al desorden en la construcción de la subjetividad y en el reconocimiento del valor del Otro; dos fenómenos que, provocando frustraciones e indiferencia respecto al Próximo, desfiguran el mundo actual. Es decir que, en vez de poner en tela de juicio la lógica que conduce a esto, es más cómodo imputar la responsabilidad a anomalías genéticas susceptibles de un tratamiento medicamentoso. A partir de esto, y retomando a Bourdieu, deberíamos preguntarnos:

Cuál es la contribución que los intelectuales dan al racismo de la inteligencia. Sería importante estudiar el papel de los médicos en la medicalización, es decir, la naturalización de las diferencias sociales, los estigmas sociales, el papel de los psicólogos, de los psiquiatras y de los psicoanalistas en la producción de eufemismos que permiten designar a los hijos de los sub-proletarios o de los inmigrantes de tal manera que los casos sociales se convierten en casos psicológicos y las deficiencias sociales en deficiencias mentales (Bourdieu, 1984).

Parece que el principal *slogan* de los tecnócratas que lideran nuestra sociedad es: "Adáptense". La psicologización, la patologización de los comportamientos, en el ámbito de la educación escolar, es estratégica para esa adaptación.

A lo largo de la historia, la sujeción de la pedagogía a las ciencias experimentales facilitó y fortaleció esta estrategia. Transfiriendo lo que son problemas sociales y políticos hacia el reino de la biología, la patologización de la educación se afirma en un cuadro de transformación artificial de problemas devenidos de la dificultad de la escuela para lidiar con una población a la cual no considera munida de los prerrequisitos que el funcionamiento del sistema exige, transmutándolos en problemas del ámbito médico. Con esto se esconden los grandes problemas políticos, sociales, afectivos y culturales que afligen la vida de las personas; se generan formas sutiles de transformación de cuestiones colectivas en individuales, responsabilizando a las personas aisladamente, sumergiéndolas en un magma de enorme sufrimiento. Mientras tanto, la escuela permanece intocada en su formato de aparato privilegiado para la reproducción social.

¿Y SI EN VEZ DE HABLAR DE MENORES, HABLÁSEMOS DE NIÑOS?

El modelo diagnóstico-tratamiento, aplicado a la educación, no es inocente en cuanto al efecto de etiquetamiento que se infiltra en la piel con tanta más pregnancia cuanto más precozmente se configura en ejercicio predictivo. “La mirada que se le ofrece al niño estructura su identidad subjetiva, la melodía de su sensación de existir” (Giampino y Vidal, 2009, p.102). En una crítica a los abordajes conductistas, las autoras se refieren a los efectos de las profecías auto-cumplidas y las consecuencias que podríamos ilustrar largamente en el terreno de nuestra propia práctica y reflexiones. “Las grillas de comportamiento, de observación de factores de riesgo, otorgan ideas preconcebidas, «prevenciones» que manipulan a priori(s), que pueden producir efectos de inducción, de proyección que recaen sobre el niño” (ibidem, p.103).

Sobre las consecuencias nefastas de una mirada negativa, recuerdan lo que, hace sesenta años, las ciencias de la educación y la psicología de niños ya mostraban. Después de que la prevención se posiciona contra una amenaza anunciada (“el riesgo de...”), se cae en la predicción y en sus efectos nocivos. En referencia a los numerosos estudios que lo confirman, las autoras convocan al propio *Comité Consultatif National d'Éthique* del estado francés:

Una **medicina preventiva** que permitiese tener a su cargo, de manera precoz y aplicada, a los niños que manifiestan un sufrimiento psíquico, no puede ser confundida con una **medicina predictiva** que aprisionaría, paradójicamente, a estos niños en un destino que, para la mayoría de ellos, no hubiese sido el suyo si no hubiesen sido evaluados. El peligro es, en efecto, el de producir una profecía autocumplida, es decir, de hacer que suceda aquello que se predice en la forma que fue predicho⁴.

Deslizándose entre “indicadores de riesgo”, “criterios de riesgo”, “familias de riesgo”, en las grillas que conforman este “cuidado” anticipador, rápidamente se derrapa hacia “niños de riesgo”. Con diagnósticos cada vez más precoces que auguran la identificación premonitoria de agresividad peligrosa e incluso de delincuencia; el cambio de categorización respecto a dichos diagnósticos, en su aparente inocencia, descarta la responsabilidad

adulta de *cuidar*, dando lugar al lenguaje de la vigilancia policíaca: **en vez de niño, el menor...** cada vez más precozmente imputable. Bajo apariencia científica, una deriva ideológica amenaza aquí con una especie de psico-pato-sociología que releva de un imprudente pero no neutro control social de las familias. Sólo la ingenuidad de un sentido común mistificador no convocaría aquí las relaciones de poder estigmatizantes, de efectos inimaginables en el desarrollo y aprendizaje, que contextualizan el texto de esta deriva y la dimensión de sus consecuencias socio-políticas.

Revisando la historia de la educación escolar sabemos de la ligazón de la llegada, al sistema educativo, de los test de inteligencia con la imposición de la escolarización obligatoria de los alumnos con los cuales la escuela no sabía lidiar ni qué hacer con ellos. La conclusión era que ellos, los niños, no estaban provistos, es decir, no estaban dotados por su medio familiar de prerequisites que el funcionamiento del sistema presupone: un capital cultural y un acuerdo tácito con respecto a las normativas escolares.

Los instrumentos que miden la predisposición social exigida por la escuela son realizados, justamente, para legitimar previamente los veredictos escolares que los certifican.

En tiempos de sumisión de los Estados a las exigencias de exclusión disciplinada de las nuevas necesidades del sistema capitalista, esto es, de gestión controlada de la exclusión, las demandas de la institución escolar se dirigen a la intervención médica y psicológica, al mismo tiempo que asistimos en las escuelas de Portugal a la obligatoriedad de test diagnósticos, por disciplina, como el alfa y el omega de la caracterización de los alumnos – no para, en función de eso, organizar una respuesta educativa exitosa, a la cual todos tienen derecho, sino ¡cuántas veces! para justificar y legitimar su ausencia – y comprometen a los profesores con su aplicación, como si se tratase de una medida ideológicamente neutra.

Imitando la imposible objetividad de las llamadas “ciencias básicas” y también de la psicología experimental, es que la pedagogía experimental encontró una fundamentación “científica”. Así intentó hacerlo, en un impresionante esfuerzo de analogía conceptual y del discurso correspondiente. Sucede que el poder envuelto en el lenguaje pericial, no es aquí de poca monta. Una reflexión epistemológica, que tiene por objeto a la psicología educacional, pone de manifiesto la cuestión del poder que esta

ciencia, o la práctica de esta ciencia, puso en disponibilidad. El particular énfasis que Foucault dio a esta cuestión, en cuanto tecnología del poder, muestra cómo la ciencia, transmutada en terapia social y técnica, puede ser un efectivo medio para ejercer la violencia disciplinar.

Mientras tanto, la atracción que ejerce el discurso médico y psicológico sobre la escuela subsiste y se intensifica.

Los valores que se están introduciendo son los de las diferencias por competencias, las diferencias en la velocidad para adquirir aprendizajes, disturbios de personalidad y de atención, las benditas “dis” (dislexia, disgrafía, disortografía, discalculia, descartando la reflexión acerca de la “dispedagogía” que les correspondería) y la avasalladora hiperactividad.

En el libro “Para una clínica basada en la clínica”, Carlos Rey (2012) refiere que en el 2005 el propio presidente de la Asociación Americana de Psiquiatría se lamentaba porque, como colectivo profesional, permitieron que el modelo bio-psico-social se haya convertido en el modelo bio-bio-bio.

En el mismo texto, el autor se refiere al ensayo de Richard Bentall “Medicalizar la mente” donde nos demuestra que:

(...) ni con la aplicación tramposa de la estadística se consigue reducir la baja fiabilidad de los diagnósticos que tanto la Academia como los mercados nos venden como científicos. Medicalizar la mente remite tanto a la absurda aplicación del modelo médico al estudio de la mente y al tratamiento del phatos psíquico, como a su consecuencia, es decir, a medicar sin enfermedad. Asimismo, Bentall “nos anima a que tengamos un criterio propio, nuestro propio modelo, que es tanto como decir que nos atrevamos a pensar con voz propia y construir teorías agrupadas en una psique-logía de nuestro propio quehacer”.

¿Qué decir entonces de la trasposición del modelo médico a la educación?

En la sutileza de un juego científico auto-legitimante, el modelo diagnóstico-tratamiento traspuesto a la educación escolar no es inocente en los efectos de etiquetamiento, tanto más pregnante cuanto más precozmente se configura en ejercicio predictivo. Apartado de la delicadeza de *cuidar*, no teniendo nada que ver con la acción preventiva en la línea de una visión compleja y ecológica del desarrollo humano, ese ejercicio predictivo, paradójicamente, aprisiona a quien cae en sus redes en un destino que no necesariamente le hubiese correspondido sino hubiese sido señalado.

Ubicando las causas de los problemas de los estudiantes en su historia o en su herencia genética, las soluciones catalogadoras y medicamentosas son instrumentos que, en un mismo golpe de autoafirmación, proveen una base “científica” para la orientación de la institución escolar, legitimando ésta en sus tareas de funcionalidad a las exigencias macro-sistémicas.

En el recorrido histórico de la institución escolar, de la teoría de los dones o la del handicap biológico, lentamente sustituidas por las del handicap social y cultural, sólo más tarde se responsabiliza a la escuela por el fracaso y la exclusión padecidos en su seno. A pesar de esta evolución histórica, en la actualidad, asistimos al retorno reforzado de las teorías del handicap biológico. En el caso de Portugal, esto ocurre cuando, por un lado, la escuela recibe grupos en desventaja económica y social, esto es, se democratiza en el acceso, y por otra parte, cuando el Sistema Capitalista ya no precisa de una escuela inclusiva. Se produce un modelo de acumulación que, en la situación actual ya no necesita de grandes masas trabajadoras calificadas, sino sólo de una pequeña elite de especialistas, y un amplio sector de trabajadores descartables sin medios para negociar sus salarios ni sus condiciones de dignidad, y es aquí cuando aparece un sistema educativo prestando soporte a las nuevas condiciones de acumulación capitalista.

En esta conjunción de factores, ¿podrá inscribirse este retorno en el contexto de una línea socio-biológica cuya emergencia teórica auguró el esplendor neoliberal, dando consistencia científica y funcional al diseño de aquello que Boaventura de Sousa Santos, con aprehensión premonitória, designo como fascismo social? Que puede convivir sin dificultad con regímenes políticos democráticos de baja intensidad, es decir, con su instalación naturalizada.

Es en el espacio de cuestionamiento más general sobre el lugar de la ciencia y la cultura en esta naturalización que aparecen los siguientes planteos:

- Si es la de potenciar la condición animal de competición brutal, transfigurada en cenit de las relaciones interpersonales e interinstitucionales, que nos aproxima al paroxismo de la selección natural, dando consistencia a nuevas formas de Darwinismo social;
- O si es la cultura, por su naturaleza, la trascendencia de esa condición, en la demanda a retomar el sentido de la condición humana.

Entonces es necesario:

Dar a todos la conciencia de que la ciencia no es contraria a la libertad, dar la oportunidad a todos de comprender la naturaleza de la percepción científica, parece ser el único medio de transformar la ciencia en aceptable, en una sociedad represiva, que no vacila en ejercer su represión en nombre de la ciencia. (Shatzeman, s/d)

UNA "ENCOMIENDA SOCIAL"

Una atmósfera universalizante de medicalización de la infancia, frente a una multiplicidad de diagnósticos y terapéuticas que remiten a un "biologismo extremo", negando la complejidad de los procesos subjetivos del ser humano, nos lleva a Daniel Goleman que, inclinándose sobre la asepsia objetivista de las decisiones judiciales refiere, con cierta ironía, que "la noción de que existe un pensamiento puro, una racionalidad desprovista de sentimientos, es una ficción, una ilusión basada en la indiferencia a los humores sutiles que nos persiguen a lo largo del día". (Goleman, 1999, p. 60)

Rótulos y etiquetas enmascarados en diagnósticos, y el abuso de psicotrópicos están allí, mundializados, para responder a la globalización de un Sistema que, en un callejón sin salida, en una crisis de extensión mundial en la que el lucro entra en un estadio en el cual sólo logra arrastrar para atrás a la humanidad, no ve barreras al acrecentamiento de su condición depredadora. En el campo de la medicalización de la educación y de la sociedad en general, la industria farmacéutica viene satisfaciendo su voracidad, ese designio con consecuencias que estamos muy lejos de tener datos para evaluar en su profundidad y complejidad, pero del cual deberíamos tomar conciencia para un ejercicio de la ciudadanía con sentido emancipador, que reconsidere una atención reflexiva, en nombre de otro mundo posible.

Es alarmante el número de niños y adolescentes medicados por "Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad", por "Trastornos Oposicionista Desafiante", el famoso TOD, y tantos otros. En esta epidemia de diagnósticos, quien no se encuadra en rígidos patrones y normas

inducidos por la arquitectura cuantitviva y conductista de instrumentos, cuya construcción y lenguaje pseudo científico enmascara una ideología de homogenización y de control, tiende a quedar ubicado como enfermo y se le aplica la consecuente prescripción terapéutica con medicamentos milagrosos, constantemente inventados y reinventados, lanzados todos los días en un mercado floreciente.

Como se viene explicitando en diversos documentos que, en forma de manifiestos⁵, intentan convocar a los ciudadanos para la comprensión de un problema cuyas consecuencias están lejos de aclararse, las expresiones medicalización y patologización designan procesos que transforman artificialmente cuestiones no médicas, en problemas médicos. La educación escolar ha sido un campo privilegiado de esta transformación. Recordando a Ivan Illich, este nos alertaba sobre la posibilidad de ampliación del poder médico que podría funcionar como un obstáculo a las posibilidades de las personas de lidiar con sus sufrimientos y pérdidas, transformando los dolores de la vida en enfermedades. Así desaparece la visión de un sujeto en devenir, de la construcción social de su singularidad. De ahí que la búsqueda del sujeto, inmanente a este intento de inter-comprensión de una problemática que genera tanto sufrimiento, no tenga nada de neutro. Colmada de consecuencias, configura aquello que podría consignarse como una "encomienda social", que es compromiso pero también denuncia y confrontación, siendo la denuncia de los abusos de las soluciones medicamentosas una cuestión ética que se afirma en el ejercicio de una ciudadanía activa que teniendo una ética también tiene una estética. Desde su lugar de astrofísico, para Hubert Reeves:

(...) la belleza es una experiencia del mundo. Implica al mismo tiempo a la realidad exterior y a aquella que se percibe. (...) Superponiendo la palabra a la realidad, la poesía enriquece nuestra relación con las cosas. Nos hace ver las cosas de otra manera. Simplemente, nos hace verlas. (1990)

En las palabras de Carlos de Oliveira, "lo que la sociedad pide a los poetas hoy, así lo pida difusamente: evitar que la tempestad de las cosas desencadenadas nos corrompa o destruya".

NOTAS

1. Doctora en Ciencias de la Educación por la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad de Porto (FPCEUP), Portugal. Profesora retirada de la FPCEUP. Vicepresidenta del Instituto Paulo Freire de Portugal. Miembro fundador del Círculo de Estudos e Intervenção na Medicalização da Educação, con sede en la FPCEUP.
2. Educar a sus hijos, ocuparse de los hijos de otros nos obliga a oscilar entre dos deseos. El deseo de que ellos sepan adaptarse a las expectativas de la sociedad y, al mismo tiempo, el de protegerlos de la misma sociedad, con temor a que ella los formatee y los haga perder la “conciencia de sí”, en devenir. (*la traducción es nuestra*)
3. “Nuestros niños bajo un gran control. Evaluaciones, clasificaciones, medicamentos...”
4. Avis n° 95 du Comité Consultif National d’Éthique, febrero 2007
5. Manifiesto de Portugal *Por uma abordagem não medicalizante nem patologizante da educação*, disponible en <http://educationmedicalisation.blogspot.pt/>
Manifiesto del *Forum Infancias Argentina (ex forumadd)* “*Por un abordaje subjetivante del sufrimiento psíquico en niños y adolescentes – No al DSM*”. Disponible en http://www.forumadd.com.ar/documentos/t36_fe.htm#manifiesto.
Manifiesto de Espai Freud (Barcelona) “*A favor de una psicopatología clínica, que no estadística*”, disponible en <http://stopdsm.blogspot.com.ar/2011/04/manifiesto-favor-de-una-psicopatologia.html>
Manifiesto de lançamento do Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade, de Brasil disponible en <http://medicalizacao.org.br/manifiesto-de-lancamento-do-forum-sobre-medicalizacao-da-educacao-e-da-sociedade/manifiesto-do-forum-sobre-medicalizacao-da-educacao-e-da-sociedade/>

Bibliografía

- Bourdieu, P. (1984). *Questions de Sociologie*. Paris: Minuit.
- Caraça, J. (2003). *À Procura do Portugal Moderno*. Porto: Campo das Letras
- Giampino, S. & Vidal, C. (2009). *Nos Enfants sous Haute Surveillance – Évaluations, depistages, médicaments...* Paris: Albin Michel.
- Goleman, D. (1999). *Trabalhar em Inteligência Emocional*. Lisboa: Tema e Debates.
- Gonçalves, M. T. (1987). “Observação de Classes”, Tese de Mestrado em Psicologia da Educação, Faculdade de Psicologia de Coimbra.
- Kahn, A. (2009). Préface in Giampino, S. e Vidal, C. (2009), *Nos Enfants sous Haute Surveillance – Évaluations, depistages, médicaments...* Paris: Albin Michel.
- Nunes, R. S. (2005). *Nada Sobre Nós Sem Nós – A centralidade da comunicação na obra de Boaventura de Sousa Santos*. São Paulo: Cortez.
- Reeves, H. (1990). *Malicorn, Reflexões de um Observador da Natureza*. Lisboa: Gradiva.
- Rey, C. (2012). “Para una clínica basada en la clínica”, *Altres/Otras Lectur@s, Revista del COPC / 234, feber-març 2012: 39-43*.