

A.N.E.P

C.F.E

Institutos Normales "María Stagnero de Munar y Joaquín R. Sánchez"

El diagnóstico médico de trastornos en Primera Infancia: ¿punto de partida o llegada en referencia a las decisiones pedagógicas?

Ana E. González

Daniela A. Rocha

María N. Martínez

15 de febrero de 2022

ÍNDICE

	Página
Introducción _____	4
1. Concepto socio-histórico de infancia y concepción posmoderna _____	7
1.1 Desde la Edad Media a la Modernidad_____	7
1.2 Infancia posmoderna_____	8
2. La construcción del sujeto en devenir _____	10
2.1 Estructuración del psiquismo infantil_____	10
2.2 Una mirada hacia la diversidad_____	12
3. Hacia un concepto de normalidad _____	14
3.1 Normal vs. Patológico_____	14
3.2 ¿Trastorno, síntoma o problema? _____	17
4. El diagnóstico _____	20
4.1 ¿Oráculo o punto de partida del abordaje? _____	20
4.2 Agentes y factores constitutivos del diagnóstico_____	21
5. Medicalización de trastornos _____	26
5.1 Psicofármacos e infancias en Uruguay_____	26
5.2 Alternativas y complementos a la medicación_____	29
6. Estrategias Docentes _____	30
6.1 Conceptos clave_____	30

6.2 DUA como estrategia_____ 36

6.3 Rol o posición del docente ante el diagnóstico_____ 36

Introducción

El presente trabajo corresponde a la monografía final de la Carrera de Maestro de Primera Infancia impartida en los Institutos Normales "María Stagnero de Munar y Joaquín R. Sánchez". Se pretende realizar un abordaje compilatorio, que según Finkelievich (s.a), es una presentación crítica basada en la diversa bibliografía y documentación referida a un tema. El tema elegido refiere al diagnóstico médico de trastornos y sus efectos en las prácticas docentes; enmarcado en el campo del saber de la Primera Infancia, dentro de las disciplinas de la pedagogía y psicología.

La elección del tema radica en intereses personales de quienes realizamos esta monografía. Esos intereses salen a la luz cuando se abordan en el curso Diversidad en el Desarrollo y el Aprendizaje, diversos textos que dan cuenta de la incidencia del diagnóstico médico y la prescripción de medicación en niños y niñas y cómo repercute lo anterior en su desempeño escolar. En efecto, este tema dio paso a varias instancias de diálogo y reflexión, algunas de las cuales pueden resumirse en las siguientes preguntas:

¿Qué incidencia tiene el diagnóstico médico en la construcción de subjetividades y en los procesos pedagógicos que involucran a la Primera Infancia? ¿Es acabado el diagnóstico? ¿Qué pueden aportar los agentes que interactúan con la niñez a los efectos de empoderar su autoestima en procesos de diagnóstico o medicalización?

La vida actual le impone a los seres humanos demandas excesivas que en muchas oportunidades tienden a volverse un mal crónico. En ella se observa de manera llamativa movimientos provenientes del campo de la psicología y la educación que denuncian diversos tipos de posibles trastornos conductuales que parecen estar incrementándose de manera preocupante en las nuevas infancias.

Ahora bien, podemos afirmar que el término “sujeto” relacionado a la infancia ha estado en constante revisión a lo largo de la historia y más aún en la actualidad con los descubrimientos científicos que nos han aportado las ciencias biológicas y las neurociencias. Estos descubrimientos dan cuenta de la complejidad en la maduración del sistema nervioso en los primeros años de vida. Entonces el sujeto ya no debería ser concebido únicamente desde su realidad biológica o psicológica, sería conveniente determinar diferentes maneras de entenderlo y estudiarlo.

Posicionadas desde el paradigma de la complejidad, donde los sistemas se conciben como un conjunto de partes que se relacionan e influyen entre sí, según el planteo de Edgar Morin (2004), es que destacamos la necesidad de promover alternativas terapéuticas y pedagógicas ante un diagnóstico médico. El abordaje de la salud mental de las infancias a través del diagnóstico médico puede convertirse en determinante del quehacer pedagógico. Puede tomarse como punto de partida para decidir qué camino tomar o como punto de llegada (etiquetaje), lo que limita las posibilidades. En esta línea se utilizará un diseño metodológico cualitativo, desde una realidad subjetiva e inter-subjetiva al decir de Ruth Sautu (2005).

Nuestro objetivo general es analizar la relación entre estrategias docentes, diagnósticos médicos, agentes educativos y familiares involucrados con la primera infancia.

Como objetivos específicos nos planteamos:

- Conocer la problemática de la patologización y la medicalización como aporte a nuestra práctica docente profesional.
- Reconocer estrategias docentes ante los diagnósticos médicos de trastornos.
- Identificar diferentes intervenciones de los agentes de salud y familiares que complementen a la medicación frente al diagnóstico de trastornos.

Se apelará a reflexionar sobre todos estos temas a la luz de la corriente pedagógica constructivista que resalta la interacción del sujeto con el medio concibiendo al ser humano desde una posición holística que debe orientarse hacia la acción.

Nos abocaremos a delimitar lo complejo de las etapas de maduración en el niño, el concepto de adaptación, sostenimiento, dependencia absoluta, relativa e independencia en procesos de identificación y estructuración del psiquismo expuestos por Winnicott.

Se trabajarán conceptos como educación emocional, inclusión, Diseño Universal de Aprendizaje (DUA), integración, capacidades y competencias que colaboran en identificar las intervenciones propuestas anteriormente para incluir en el aula al niño y la niña con un diagnóstico relacionado a un trastorno.

Definiremos la noción de normalidad, bienestar, salud y sus variaciones históricas contextualizando lo que se esperó en cada tiempo del infante para argumentar esa percepción de sujeto en devenir. Enunciaremos los fármacos más suministrados en el abordaje de los síntomas causados por el sufrimiento psíquico infantil, sus posibles efectos y los movimientos que estos pueden causar en el sujeto en construcción proyectado a futuro.

Asimismo, se transitará por ciertas dimensiones de estudio que focalicen el problema o el trastorno no tanto en el niño o la niña que se está construyendo subjetivamente, sino en el sistema educativo, en el rol docente, en los modos pedagógicos y psiquiátricos de evaluar, en la organización familiar, etc.

Palabras clave: Diagnóstico, Medicalización, Patologización, Inclusión educativa, Docente, Infancia.

Concepto Socio-histórico de Infancia y Concepción Posmoderna

Desde la Edad Media a la Modernidad

Pensar en un concepto de infancia implica considerar que es una construcción, donde se debe tener presente el contexto, por ejemplo histórico y, la singularidad y subjetividad de cada experiencia infantil. Es una etapa característica y diferenciada dentro del ciclo vital, en el cual toma relevancia la adquisición de experiencias y capacidades para su desarrollo.

La etimología de la palabra significa “el que no habla”, proviene del latín *infantía*. Esta definición pone de manifiesto que ser niño y niña es contar con nada interesante para comunicar, por lo tanto no existe una necesidad de escucharlos.

Para abordar históricamente la concepción de infancia rescatamos el trabajo realizado por Philippe Aries (1987). Este trabajo se basó en la observación y análisis de diversas representaciones pictóricas realizadas durante la Edad Media, el Renacimiento y la Modernidad. En el arte del Medioevo no se apreciaba al infante en las distintas representaciones, todo hace pensar que no existía espacio para esta. En el Romanticismo y llegado el final del S.XVIII, aparecen algunas representaciones donde se caracterizaba a niños y niñas de forma semejante a un adulto en miniatura. Podríamos encontrar una representación, quizá más realista o idealizada de la infancia, en el arte griego.

Durante estas épocas ocurren cambios en la concepción de infancia y poco a poco comienza a ocupar diversos escenarios de la vida social y cotidiana. En cuanto a lo educativo, el ingreso a la escuela deviene en incorporarse en la vida adulta.

En los primeros años de la Modernidad, niños y niñas permanecían compartiendo los lugares cotidianos con los adultos. Por aquel entonces, la noción de vida privada poco se

conocía. El rol familiar se limitaba a la transmisión de vida, bienes y apellidos; cariño, amor u otros tipos de cuidados poco se apreciaban. La reaparición de la educación conlleva a modificaciones a nivel social y familiar. Estos cambios hacen que la familia tome un rol diferente desde el punto de vista espiritual y moral que lleva al surgimiento de un nuevo sentimiento: el sentimiento de familia, donde los padres se ocupan de ofrecer una formación, una preparación para la vida. Por otro lado, la escuela cumplirá con esa función de formación y preparación, sustituyendo el aprendizaje tradicional por una escuela transformadora.

La familia y la escuela se encargaron de retirar al niño y niña del mundo adulto. La escuela, por un lado, tomó el papel de disciplinar creando instituciones abocadas a la infancia y; por otro lado, la familia se organizó alrededor del infante, concediendo un límite entre la vida privada familiar y la vida pública de la sociedad.

Aries (1987), plantea como punto de partida para el cambio en la conceptualización de infancia, la Modernidad y su estrecha relación con la formación de la sociedad capitalista; además de la creación de dos instituciones que jugarán un rol importante en la construcción de la infancia moderna, a saber: la escuela y el Estado.

Infancia Posmoderna

Dahlberg et al. (2005) proponen un análisis de la construcción de infancia desde una perspectiva posmoderna, donde se quita al niño y niña del enfoque modernista. Esta perspectiva posmoderna refleja considerar a la infancia en su existencia mediante sus relaciones con otros sujetos y en un contexto determinado. Se habilita a pensar en múltiples niños y niñas y múltiples infancias, no a un ser y un estado esenciales que esperan ser descubiertos, definidos y realizados.

Según Dahlberg et al. (2005) las concepciones modernistas de infancia comulgan con la creencia de sujeto autónomo, estable y centrado, cuya naturaleza humana inherente se va develando a medida que niños y niñas transcurren por los procesos de desarrollo y madurez, pudiendo ser pensado en términos clasificatorios y conceptos científicos. Podemos visualizar que estas concepciones también producen a un infante pobre, débil y pasivo, incapaz y subdesarrollado, dependiente y asilado.

Nace un nuevo paradigma que posiciona al niño y niña como co-constructor de conocimiento, identidad y cultura, reconociendo a la infancia no como una fase de preparación sino como un componente de la estructura social importante en sí misma y con características que les son propias. Estas características son: la infancia es una construcción social; siempre se encuentra contextualizada en función de un tiempo, un lugar y una cultura y, cambia respecto de la clase, el género y otras condiciones socioeconómicas; niños y niñas son actores sociales que colaboran en la construcción y en la determinación de sus propias vidas, así como en las vidas de quienes los rodean y en las sociedades en las que viven; tienen voz propia que ha de ser escuchada.

En consecuencia, se produce al niño y niña como sujeto singular, complejo e individual; un niño “rico en potencial, fuerte, poderoso, competente” (Malaguzzi en Dahlberg et al, 2005, p.86).

Por otro lado, Bustelo (2007) expone que la infancia posmoderna se encuentra atravesada por el mundo del consumo, los medios masivos de comunicación y de los avances tecnológicos. Plantea que dentro de la mecánica del biopoder, la infancia, es considerada como un público capaz de ser disuadido como consumidor o como generador de consumo. Entra en juego toda la estructura de consumo, comunicación masiva e inmediatez que interceden en las subjetividades

individuales y colectivas de niños y niñas. Estas subjetividades se van conformando mediante los efectos de las propagandas comerciales y las diversas técnicas comunicacionales.

Solapadamente, se introducen valores de individualidad y conceptos de propiedad privada y capital.

La Construcción del Sujeto en Devenir

Estructuración del Psiquismo Infantil

Consideramos necesario realizar una breve conceptualización de algunos términos como crecimiento, maduración y desarrollo. Estos son conceptos que se hallan estrechamente ligados, pero para su comprensión y estudio se hace fácil conceptualizarlos por separado.

El crecimiento se entiende como un proceso medible relacionado a lo corporal, a los tejidos, a los órganos, etc. La maduración, se dice del perfeccionamiento de estructuras y funciones. El desarrollo está caracterizado por un conjunto de fenómenos que llevan a la transformación progresiva del individuo, desde la concepción hasta la muerte.

¿Por qué se dice que están ligados? Para que niños y niñas atraviesen por los procesos que conlleva el desarrollo, necesitan contar con una maduración paulatina de sus estructuras biológicas y así lograr un crecimiento adecuado. El proceso de desarrollo hace que el infante aprenda a dominar niveles cada vez más complejos de movimiento, pensamiento, sentimiento y relación con los demás. Evidentemente, se ha de considerar que cada niño y niña se desarrolla de acuerdo a sus características y, que este desarrollo varía de un niño y niña a otro.

Winnicott (1979) plantea que el camino hacia la madurez no solo cuenta con el crecimiento personal del individuo, también se debe de tener presente el proceso de socialización

y cómo este proceso se lleva adelante; describe tres categorías que habilitan el proceso de maduración: la dependencia absoluta, la dependencia relativa y la independencia.

La dependencia absoluta es aquella que se establece por completo entre el recién nacido y su madre. El medio ambiente toma un papel de facilitador en el recorrido de la evolución de los procesos de maduración. Pero este medio ambiente no forma a niños y niñas, permite llevar a cabo sus potenciales. El mecanismo de adaptación por parte del infante a los procesos de maduración es algo complejo y de suma exigencia para la familia. En un principio es la madre quien forma parte de este medio ambiente facilitador, pero necesita apoyo para lograr esta tarea. Aquí aparece lo que Winnicott (1979) denomina la preocupación maternal primaria; la madre se entrega a la tarea del cuidado del recién nacido y este se encuentra como parte de ella. La madre se presenta muy identificada con el bebé, reconoce cómo se siente el pequeño y pone en juego sus propias experiencias de cuando era bebé. La continuidad existencial es una suerte de programa o plan detallado para la existencia que constituye a todos los procesos efectuados por el infante. Esta entrega que realiza la madre por un breve periodo de tiempo, tiene como finalidad proteger la continuidad existencial del niño o niña. Mientras transcurre esta fase, el bebé no cuenta con herramientas para identificar, de forma consciente, esta entrega materna.

Por dependencia relativa, Winnicott (1979) se refiere a la fase en donde la adaptación va disminuyendo de a poco. Un ejemplo de ello es cuando se observa el comienzo de la capacidad de comprensión intelectual; prosperan una gran extensión de procesos simples, como los reflejos condicionados. La capacidad de comprensión intelectual no siempre se manifiesta su utilización a la misma edad, esto depende a como es presentada la realidad al infante. Una de las características principales del cuidado de un niño o niña, es la forma firme y estable de presentarle el mundo, tiene que ser llevado a cabo por una persona que se muestre como ella

misma. Este mostrarse como ella misma está relacionado a la dedicación del cuidado del bebé y a la tarea que esto implica. En esta fase el infante comienza a ser consciente de su dependencia; por ejemplo, cuando aparece la angustia, la madre se encuentra alejada por un periodo de tiempo superior en relación a la creencia del bebé de su capacidad de supervivencia. El infante comprende que la madre es necesaria. En torno a los 2 años de edad, se han originado diversos acontecimientos que preparan al niño y niña para enfrentarse con la pérdida.

En el camino hacia la independencia, el niño o niña se va sintiendo poco a poco, con una capacitación para hacerle frente al mundo y todas sus complejidades. A través de una sucesión de círculos cada vez más extensos de la vida social, el infante se reconoce como parte de la sociedad. Ocurre que se encuentra en una situación de experimentar una experiencia personal satisfactoria en paralelo a su inmersión en las cuestiones de la sociedad.

Una Mirada Hacia la Diversidad

Actualmente nos encontramos frente a la situación de niños y niñas que no se ajustan a lo esperable, así mismo también los padres requieren de mayor apoyo para la crianza de sus hijos e hijas, entonces presenciamos mayores niveles de fragilidad.

Lewkowicz (en Untoiglich, 2013) realiza un análisis de lo acontecido en los inicios del s.XXI en las escuelas, tomando como principal causa el corrimiento del Estado-Nación de las últimas décadas, donde plantea que a partir de esa etapa se observan modificadas las condiciones de existencia de los individuos y de las instituciones, dando origen al término escuelas-galpón. Hace énfasis en el grado de anomia que tiene como resultado a niños y niñas relacionados con adultos con poco margen para sostener legalidades, en un mundo que aboga por el éxito fácil y a cualquier costo. Por otro lado, la escuela aparece desbordada por múltiples demandas sin estar en

condiciones de alojar a las diferencias. Como objetivo, la escuela ha de dar al alumnado los medios para que todos y todas aprendan allí.

Rodolfo (en Untoiglich, 2013) hace referencia a la existencia de la necesidad de que en la escuela, niños y niñas se encuentren tranquilos, atentos y disciplinados. Pero simplemente algunos no logran adaptarse al ritmo del aula y no necesariamente porque exista alguna patología, por el contrario puede suceder un sufrimiento por un duelo.

En relación con la diversidad, abordaremos los conceptos de integración e inclusión y su relación con la diversidad. Untoiglich (2013) expresa que la integración es entendida como la adaptación de un individuo a una cultura. Refiere a que el sujeto en situación de discapacidad, debe de adaptarse al grupo o a la escuela. Otro término a considerar es el de la igualdad, pilar de la escuela moderna y equivalente a homogeneidad, con el propósito de responder a una cierta libertad y prosperidad para todos. Entonces, nos encontramos ante un sistema escolar que homogeniza y elimina las diferencias, sosteniendo que las diferencias muchas veces se relacionan con el déficit. En cuanto a la inclusión se asume que es la forma en la cual debe de dar respuesta a la diversidad. Se toma como supuesto la modificación del sistema educativo para dar respuesta al alumnado, y no que algunos deban adaptarse al sistema realizando variados esfuerzos para integrarse al mismo.

Rojas (2012) expresa que si el sujeto se encuentra comprendido y apoyado, si el grupo conforma una situación de contención, regulación y construcción psíquica, se habrá logrado una inclusión favorable. Además, el niño o niña en situación de inclusión, proporcionará a los vínculos y funciones del grupo, en su dimensión heterogénea. El logro en el proceso de inclusión grupal se basa en las modificaciones vinculares, que favorecerá el enriquecimiento psíquico de todos los integrantes del grupo, en fin, durante el proceso de inclusión todos son incluidos.

Hacia un Concepto de Normalidad

Normal vs. Patológico

La salud, al igual que todos los otros conceptos normativos de la sociedad de productores, traza y protege el límite entre 'normal' y 'anormal' (Bauman, 2000, p. 83).

El adjetivo normal según la Real Academia Española define a una “cosa” que se halla en su estado natural o que, por su naturaleza, forma o magnitud, se ajusta a ciertas normas fijadas de antemano. Según este criterio, podríamos intentar definir a la normalidad a partir de una concepción de salud, en virtud de que en el presente trabajo nos abocamos en parte a un tema médico. Dependiendo de lo alejado que se encuentre el objeto o sujeto de esta definición, estaríamos en condiciones de determinar qué es normal y qué no lo es. La autoridad directiva y coordinadora a nivel mundial en lo que refiere a los asuntos sanitarios es la Organización Mundial de la Salud (OMS) en torno al sistema de las Naciones Unidas. En su Constitución, la OMS define salud como; “(...) un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1946, p. 1).

Para arribar al concepto de salud que señala la OMS, se pasó por muchas etapas y en la actualidad se han abandonado ciertos conceptos reduccionistas, dando lugar a una definición ecológica nacida en el siglo XX. Hasta la Revolución Industrial la salud mantenía una perspectiva negativa (-), porque se entendía como ausencia de enfermedad. Esta idea se mantiene hasta bien entrado el siglo XX. En la 1ª mitad del siglo XX aparece el concepto biologicista, donde las causas de salud o enfermedad son solamente orgánicas, cuando existen alteraciones

anatómicas o fisiológicas. A partir de la entrada en vigor de la Constitución de la OMS en 1948, la salud comienza a definirse por lo positivo (+). El concepto de salud se asocia al completo bienestar biopsicosocial y no solamente a la presencia o ausencia de enfermedad. En los años 90 surge una conceptualización complementaria a la anterior, determinando; que existen grados de salud, que a veces coexiste la enfermedad con la salud y que esta última es un estado dinámico entre la muerte, una zona neutral y una óptima.

El concepto ecológico de salud que aparece en el siglo XX, se vincula con mecanismos adaptativos a estímulos y agresiones que provienen del entorno o estímulos que tienen su origen en el propio organismo. La falta de suficientes mecanismos adaptativos genera pérdida de equilibrio y el consecuente deterioro de la salud. Concebida como un derecho, su conservación conlleva una responsabilidad individual y colectiva. Es un bien social que debe construirse en forma cotidiana y debe promoverse diariamente. La promoción de salud debe ser fomentada en la educación formal -Estado- e informal -individual y familiar-. Intervienen aspectos sociales, individuales, económicos y del medio ambiente. Morín (1990) señala al respecto; “El hombre es un ser evidentemente biológico. Es, al mismo tiempo, un ser evidentemente cultural, metabiológico y que vive en un universo de lenguaje, de ideas y de conciencia (p. 55).

Podemos visualizar a través del breve recorrido por los conceptos históricos de salud la complejidad y los vaivenes a los que ha sido sometida esta noción. Pero existe una dualidad. Mientras la historia nos ha demostrado que la salud es más que el equilibrio entre órganos y funciones, el paradigma de simplicidad ha intentado reducir la diversidad de los fenómenos y sus relaciones en el afán científico de comprenderla;

Vamos entonces a estudiar al hombre biológico en el departamento de Biología, como un ser anatómico, fisiológico, etc., y vamos a estudiar al hombre cultural en los

departamentos de ciencias humanas y sociales. Vamos a estudiar al cerebro como órgano biológico y vamos a estudiar al espíritu, *the mind*, como función o realidad psicológica (Morin, 1990, p. 55).

El paradigma de la complejidad nos explica que los fenómenos tienen un origen multicausal. No todo lo que se considera normal lo es, porque se ve influenciado continuamente por una serie de variables. Si estas variables surgen en estudios sobre muestras observables, mensurables y sometidas a pruebas y testing de laboratorio, ¿qué tan concluyentes y acabadas pueden resultar las evidencias que se obtienen de diagnósticos relacionados a objetos de análisis indirectamente observables como los fenómenos psicológicos, psíquicos, sociales, culturales, etc.?

Al momento de problematizar la normalidad y de trazar una diferencia entre normal y patológico es importante destacar que cada sociedad tendrá su propia concepción de estos términos y que ellos serán avalados y sostenidos por un orden establecido: “La salud, al igual que todos los otros conceptos normativos de la sociedad de productores, traza y protege el límite entre 'normal' y ‘anormal’ ” (Bauman, 2000, p. 83). Ese orden señala qué se considera normal y qué patológico. Si no encaja, no entra en los parámetros exigidos por la sociedad, se considera fuera del rango de la normalidad.

Consideramos que esa forma positiva de definir a la salud, a partir de la Constitución de la OMS, conspiró históricamente con la noción de normalidad al momento de clasificarla. Por ejemplo, si la conducta infantil se acomoda en un perfil con características asociadas a lo negativo como inquietud, impulsividad, agresión, dificultad para comprender, falta de atención, etc., tiende a considerarse como una conducta patológica, trastornada, fuera de lo “esperable”. Quizá la connotación negativa de estas conductas opera como tal porque perturba a los adultos o

a los docentes y se transmutan en patología para ser tratadas médica e inmediatamente, buscando una solución rápida que coincida con la demanda posmoderna de inmediatez.

Nos adherimos al concepto ecológico de salud, atendiendo a un abordaje más inclusivo, en cuanto se alude a mecanismos adaptativos que el individuo despliega al enfrentarse a ciertas agresiones externas e internas, lo que no significa que exista patología. Esos mecanismos adaptativos se traducen muchas veces en síntomas, pero no en trastornos, que pueden revertirse y tratarse.

Dueñas (2012), nos indica que:

La institución pedagógica y la institución sanitaria tuvieron un importante rol en la naturalización y difusión de este ordenamiento de lo humano en torno a la noción de normalidad y se instituyeron en sus principales administradores (...) Normal es el término mediante el cual el siglo XIX va a designar el prototipo escolar y el estado de salud orgánica (p.80).

¿Trastorno, Síntoma o Problema?

En la cultura grecorromana la infancia era considerada poco relevante para el adulto, en virtud de que no merecía ser escuchada por prescindir de cuestiones interesantes para comunicar. Según Alicia Fernández (2008), basada en M. Mannoni; “(...) en el diagnóstico médico no se tiene en cuenta la palabra del paciente” (p.16). La autora se pregunta si la falta de expresividad del paciente es la que se transforma en síntoma.

Las infancias que padecen síntomas o trastornos se ven estigmatizadas por una herencia recibida del pasado y por esa desatención a la voz del que consulta. El paciente infantil se visualiza con cierta pasividad ante su padecimiento psíquico, pero según Untoiglich (2013), ese

paciente tiene mucho para decir al respecto y su entorno también. Ese decir se conforma por múltiples factores, a saber; hechos y acontecimientos de la historia familiar, procesos que el paciente transitó en esa historia, recursos facilitados por los adultos para resolver episodios de trauma o enfermedad, pérdidas o impactos que pudieron tener incidencia en la familia, etc.

En principio, la noción de síntoma remite a lo que no funciona para un sujeto que se encuentra inmerso en él. Dueñas (2013) nos indica que el trabajo psicológico con el niño debe involucrarlo activamente en su proceso terapéutico de manera que pueda poner en palabras su sufrimiento. Y no basta con que el niño se apropie de esa dificultad, sino que debe cuestionarla;

(...) advertimos, además, que tampoco alcanza sólo con que el niño reconozca como propia la dificultad por la que fue traído a consulta, sino que resulta necesario que pueda dar un paso más, de modo que llegue a preguntarse ¿qué me quiere decir esto que me pasa? Trabajo nada sencillo -si los hay- que requiere de mucha “paciencia”, “capacidad de interrogación” y posibilidades de “escucha atenta” (p.38).

Los trastornos de aprendizaje en este punto se transforman en síntoma; “(...) falta de creatividad, hiperacomodación, aburrimiento, repetición, copia, que tan comúnmente asociamos con el niño con problemas de aprendizaje y con muchos de sus docentes” (Fernández, 2008, p. 15). A la luz del constructivismo, Alicia Fernández nos recuerda que: “(...) en la base de toda cognición está la acción, primero material y luego posible de ser interiorizada” (ob. cit. p.15).

La Organización Mundial de la Salud define trastorno mental como “una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás” (OMS, 2019).

El DSM-5 (2014) define trastorno mental como; “(...) un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el

comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (p.5). Asocia trastorno mental con “estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes” (p.5), lo que nos remite al paradigma del déficit.

Insistimos en adherirnos a la concepción ecológica de salud, expuesta anteriormente, por su flexibilidad. Pensar en la existencia de mecanismos adaptativos nos da la posibilidad de considerar a las trayectorias conflictivas de las infancias como problemas en lugar de diagnosticarlas como trastornos;

Es así como los problemas dejan de ser “problemas” para pasar a ser “trastornos”. (...) Esta es una transformación epistemológica importante -advierde- y no una mera transformación terminológica. Un “problema” es algo a ser descifrado, a ser interpretado, a ser resuelto; un “trastorno”, en cambio, es algo a ser eliminado, suprimido porque molesta (Jerusalinsky en Dueñas, 2012, p. 84).

Hasta aquí se fragmentó el concepto trastorno para visualizarlo primero como síntoma y luego como problema. La separación responde a un análisis más profundo del padecimiento psíquico infantil, para evitar las salidas rápidas en casos complejos. Varios son los agentes que interactúan con la niñez. Entonces, en esa búsqueda de fracturar al trastorno para intentar comprenderlo y relacionarlo a lo pedagógico, es que nos permitimos ir más allá e introducir el concepto de barrera para el aprendizaje y la participación que se retomará en el capítulo seis.

El Diagnóstico

¿Oráculo o Punto de Partida del Abordaje?

(...) la tarea diagnóstica, tanto a nivel institucional como privado, carece de operatividad, transformándose muchas veces en un oráculo que determina discriminatoriamente el futuro intelectual de un niño (...) (Fernández, 2008, p.26).

Reivindicamos el concepto de Alicia Fernández (2008) que reconoce al paciente como un sujeto pensante, con un saber presente que lo sustenta. Aquí se pone el foco en el paciente y no en el profesional que lo evalúa. Desde esta postura, el diagnóstico deja de ser algo que informa, etiqueta o es de utilidad para encontrar soluciones externas. Se transforma en un conjunto de elementos que el propio paciente es capaz de procesar y cuestionar (Dueñas, 2012).

Asimismo destacamos la necesidad de considerar al sujeto que padece el síntoma o el trastorno de manera integral. Esa visión abandona las posturas profesionales que lo partimentan, fragmentan, disocian y se suponen con “el derecho a tener un trozo del cuerpo” (Manonni en Fernández, 2008, p. 29), por concebirlo como un cuerpo deficitario: “A su vez, los diagnósticos forman parte de la vida cotidiana de las personas en situación de discapacidad y la medicalización se transforma en un fuerte dispositivo de control de estos cuerpos considerados deficitarios” (Angulo et. al., 2011, p. 26).

Vasen (2012), no niega la utilidad de los diagnósticos médicos pero deja entrever la necesidad de contextualizarlos y tratarlos como provisorios;

No hay duda de que un buen diagnóstico alivia muchas incertidumbres y puede aclarar las lógicas que subtienden una situación sufriente. Pero oscurece cuando descarrila y queda reducido a una técnica clasificatoria que tiende a convertir lo histórico y situacional en algo que simplemente es. Esta tendencia tecnocrática a objetivar suele recortar un existente desgajándolo de la trama de relaciones en que surge (p.155).

Untoiglich (2013), se alinea a esta visión que pretende contextualizar al diagnóstico y reconocerlo como no acabado. Introduce el concepto de hipótesis diagnósticas que define como “absolutamente necesarias (...) pero que no deberían constituirse nunca en la marca indeleble en la vida de un sujeto” (p.61).

Fernández (2008) y Untoiglich (2013) determinan que el diagnóstico de padecimientos infantiles debe abordarse desde su dinamismo, en virtud de que;

-El niño y la niña se encuentran en un proceso de “constitución de su subjetividad entramado con los Otros y atravesando por la época histórica que le toca vivir” (Untoiglich, 2013, p. 60-61).

-Existe una articulación entre estructura individual (interna del paciente) y red vincular real-simbólica, sobre todo si hablamos de primera infancia, lo que determina “(...) analizar las dificultades de aprendizaje entre lo estructural y lo dinámico” (Fernández, 2008, p. 35).

Agentes y Factores Constitutivos del Diagnóstico

En el dinamismo que caracteriza a la primera infancia es que adquieren relevancia los agentes y factores que deben tenerse en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico, a saber:

-Agentes familiares posmodernos. En la actualidad se han producido nuevos arreglos u organizaciones familiares, llámense ensambladas, monoparentales, tradicionales, extensas, etc.

Pero más allá de su constitución todas comparten un factor común, le asignan al niño y a la niña

al nacer una “constelación de significaciones” (Fernández, 2008, p. 45). En esas organizaciones familiares el conocimiento circula de una manera determinada, y allí se entrecruzan lo secreto, lo dicho, lo no dicho, etc. Fernández (2008) en su experiencia clínica, reconoce que las futuras patologías se hacen presentes cuando el rol asignado por los padres es estático o cuando hay contradicción entre los roles asignados por los padres. Esta autora relata una experiencia en su consultorio donde el paciente con dificultades para el aprendizaje asimilaba el no aprender con cierto placer, lo que Fernández (2008) denomina como función positiva del no aprender. En ella el niño se sentía legitimado en su condición de varón y con rendimiento escolar descendido, reconociéndose como un espejo en el que su padre se veía. La terapeuta lo confirma en las entrevistas paternas, donde se escuchaban afirmaciones del tipo “Yo era igual. Tampoco aprendía en la escuela” (p.45), o en las respuestas del propio niño que asegura; “Ellas saben”, “Las mujeres son unas tragas”, “Y yo qué sé” (Fernández 2008, p 45).

Otro aspecto a tener en cuenta al hablar de las familias posmodernas es el del rendimiento; “En él se entremezclan las fantasías de lo que los padres esperan y la sociedad demanda. Lo que va ejerciendo una brutal presión sobre los recién llegados” (Vasen, 2012, p. 148). Desde la misma entrada al jardín surgen en los padres expectativas y presiones que antes se vivenciaban en la primaria.

Palomar y Suárez (1993), desde el trabajo social, nos aportan el concepto de familia como modelo sistémico en calidad de organización insustituible y primera matriz de aprendizaje. Recordemos que, al hablar de arreglos familiares, más que apuntar a la estructura (que en nuestros tiempos es sumamente variable), debemos centrarnos en las funciones que cumplen. Cuando un niño o una niña ingresa a un centro educativo lo hace también su familia y ella aporta su cultura, sus pautas de crianza, sus hábitos, sus costumbres y sus valores.

En la sociedad actual las infancias participan en todo, saben de todo y los adultos invierten tiempo y dinero para conservar su juventud. A menudo actúan como adolescentes. Muniz (2013) advierte una alteración en la asimetría niño-adulto, asimetría necesaria para construir la subjetividad infantil. Los límites entre roles se encuentran difusos y muchas veces se invierten. En la inversión se hace presente la desprotección de las infancias, siendo los niños y niñas los que terminan sosteniendo a los padres y la puesta de límites se desdibuja;

Los padres temen no poder ser buenos padres, a no dar lo que se necesita para sobrevivir en estos tiempos, a no producir hijos exitosos y capaces de enfrentar las demandas de esta época y en esa tarea se van desdibujando las figuras parentales seguras, consistentes, permanentes (Muniz, 2013, p. 137).

-Agentes educativos. Manonni (en Fernández, 2008) señala a la escuela como “el lugar elegido para fabricar neurosis” (p.37) y como la promotora de derivaciones a escuelas paralelas o consultorios psicopedagógicos.

Fernández (2008) nos indica que el aprendizaje relaciona a un enseñante y un aprendiente, e incluye dentro del concepto enseñante “(...) tanto al docente o la institución educativa, como al padre, la madre, al amigo o a quien sea investido por el aprendiente y/o por la cultura para enseñar” (p.36). Basada en su experiencia clínica confirma que los problemas de aprendizaje deben diagnosticarse dentro de esta relación, no solo para curarlos sino también para prevenirlos.

Cuando Gabriela Dueñas (2012) escribe sobre el papel de las escuelas en los procesos de patologización y medicalización de las infancias actuales, infiere que los diagnósticos de “gatillo fácil” olvidan el dinamismo que caracteriza a esa etapa de la vida:

Inmersos en estos procesos, los profesionales del ámbito de la salud y de la educación parecen incluso, haberse olvidado de las condiciones propias de la infancia. Parecen no recordar que no se nace sujeto. Que el sujeto se hace. Que a los 6 años la personalidad está aún en pleno proceso de construcción. Y no solo el psiquismo...sucede lo mismo a nivel biológico (p. 170).

-Agentes de salud. Dentro de estos agentes se ubican las intervenciones psiquiátricas, psicológicas, psicoterapéuticas, terapéuticas alternativas y pediátricas.

En lo que refiere a la medicina, Muniz (2013) señala que, “(...) asistimos a la era de los manuales donde se clasifica la singularidad perdiendo de vista la complejidad de los procesos de subjetivación” (p.138). Afirma que esta corriente de los manuales se inscribe dentro del paradigma del déficit, que compara las conductas individuales con modelos previos, estándares, haciendo énfasis en la carencia y en la discapacidad.

Los manuales clasificatorios forman parte del paradigma de la simplicidad que menciona Morin (1990), donde se reduce y clasifica para comprender. Untoiglich (2013) denomina esta tendencia como una “simplificación de la clínica psicológica”. Se detiene en la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría). Toma a la Guía DSM-5 como claro ejemplo de la simplificación, lo que conlleva a patologizar y medicar a las infancias: “(...) ya no tendremos niños maleducados, insoportables o caprichosos, ni padres con dificultades en la crianza, sino que ahora los niños tendrán un trastorno biológico llamado DMDD -Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo-, que por supuesto podrá ser medicado” (Untoiglich, 2013, p.60).

La medicalización de trastornos se concibe por J. Vasen (2012) como un atajo ante complejidades infantiles que son difíciles de resolver, “(...) la farmacología puede ser

instrumento de una cosmética del comportamiento que intenta mejorar el desempeño o sustituir conductas no necesariamente “anormales” por otras que se juzguen socialmente preferibles” (p.159).

Otro agente de salud que interactúa con la primera infancia es el pediatra. A. Fernández (2012) posiciona al pediatra como la primera cara visible a la que acude la familia ante trastornos de aprendizaje. Fernández (ob.cit.) plantea que la consulta pediátrica, en términos generales, en vez de constituirse en un espacio de prevención y detección precoz termina convirtiéndose en parte del problema. Lo asocia a la falta de adecuada formación en relación a estos trastornos, y afirma que “Se pierde entonces ese espacio de prevención transformándose muchas veces la consulta pediátrica en un esfuerzo de actitudes patologizantes de los padres hacia los hijos” (p.18).

La psicomotricidad merece un tratamiento especial. Dentro de sus competencias, se ocupa del diagnóstico, de la prevención, la educación y la terapia. Cabe señalar que forma parte de la medicina pero tiene una identidad teórica y práctica, como nos indica Berruezo Adelantado (2008). Se conecta con distintos agentes vinculados a las infancias; elabora el diagnóstico desde la comprensión global de la persona, previene detectando trastornos psicomotrices y emocionales en poblaciones de riesgo y etapas concretas de la vida, colabora en la maduración psicomotriz en centros educativos, interviene a nivel psicomotriz sobre trastornos, alteraciones emocionales y de la personalidad aplicando un proyecto terapéutico en base al diagnóstico inicial.

Medicalización de Trastornos

Psicofármacos e Infancias en Uruguay

Según Miguez (2011), el metilfenidato (ritalina), la risperidona, el clonazepam, el valproato y la sertralina son los principios activos con los que se medica en Uruguay a la niñez con patologías. En su investigación concluye que en nuestro país es enorme la cantidad de niños y niñas medicados, en comparación a datos estadísticos mundiales, y cataloga el uso de los psicofármacos como abusivo.

Consultados en entrevistas, algunos profesionales de la salud dan testimonio de su experiencia en relación a la infancia y a los psicofármacos;

En general, dependiendo de cada uno, algunos tienen más efectos hepáticos, puede producir vómitos, malestar general, alteraciones de la conducta, excitarte o aumentarte el síndrome depresivo, potenciar algunas drogas porque tienen interacción con otras drogas que pueden traer complicaciones, o potenciar algunas drogas anticonvulsivas. Tienen un montón de efectos colaterales (en Miguez, p. 83, declaraciones de un Pediatra del MSP).

El discurso médico se tiñe de esa visión administrativa del ordenamiento humano (Dueñas, 2012) y lo comparte con la institución educativa en pos de su beneficio:

(...) muchas veces no se aguanta el doble horario, hay que tratar de reponerle a la hora del recreo para que pueda seguir. Si le hace bien, puede tener algunos efectos leves como disminución del apetito, les da sueño; pero si les hace mal, tiene trastornos del sueño, tristeza, adelgazamientos, llanto, inquietud (en Miguez, p. 84, declaraciones de un Psiquiatra Infantil del MSP acerca de la ritalina).

Todos los psicofármacos tienen contraindicaciones. A continuación, se realiza una breve descripción de los medicamentos mencionados anteriormente y de sus efectos adversos:

-Metilfenidato, psicoestimulante derivado de la anfetamina. Se recomienda “Efectuar valoración cardio-vascular y psiquiátrica previa al inicio y periódica durante el tratamiento” (Farmanuario, 2021, p. 857). Está contraindicada en menores de 6 años. Dentro de las reacciones adversas más severas se encuentran el retraso del crecimiento en niños, disminución de peso, agresión, ansiedad, insomnio, entre otros tantos efectos negativos.

-Risperidona, es un antipsicótico con efectos secundarios muy similares a los causados por el metilfenidato, como insomnio, aumento de peso y trastornos digestivos. Se utiliza para el tratamiento de la Esquizofrenia y del trastorno bipolar. En niños, se indica a partir de los 5 años para tratar los efectos de la irritabilidad asociada al autismo (Farmanuario, 2021).

-Clonazepam, es un ansiolítico, anticonvulsivo y estabilizador del humor. Entre las reacciones adversas de las benzodiazepinas (clonazepam es una de ellas), se señala; dependencia, aumento de peso, somnolencia, alteraciones de la memoria, entre otras (Farmanuario, 2021).

-Valproato, se clasifica como antiepiléptico y estabilizador del humor. Se utiliza en el tratamiento del trastorno bipolar. Dentro de las reacciones adversas se mencionan; diarrea, dolor abdominal, náuseas, etc. y en menor medida anemia, demencia y parkinsonismo reversibles. El Farmanuario 2021 aclara que puede tener interacciones neurológicas y su eficacia no está demostrada en menores de 10 años. Recomienda su prescripción “Como último recurso en niñas, adolescentes y mujeres en edad fértil” (p.848).

-Sertralina, se clasifica como un antidepresivo. Se indica para el tratamiento de diferentes trastornos dentro de los cuales se encuentra el obsesivo-compulsivo, los trastornos por pánico, ansiedad social, estrés postraumático, etc. Dentro de las precauciones, el Farmanuario 2021

revela que su eficacia no está demostrada en menores de 6 años y quienes la consumen aumentan el riesgo de suicidio. Sugiere precaución al recetar y monitoreo constante del tratamiento.

María Noel Miguez (2011) aclara, “Lejos se está de poner en cuestionamiento una medicación dada, por más psicofármaco que sea, cuando se trata de una patología real, no ‘de contexto’ o de ‘subjetividad del sapiente’ ” (p.85). No es la intención de la autora ni la nuestra desacreditar prácticas médicas que tienen años de investigación seria, sino dejar entrever que la medicación muchas veces no tiene los resultados esperados y las evidencias recolectadas en la investigación de Miguez (2011) así lo confirma:

Ante la pregunta a los niños y niñas entrevistados sobre cómo se sentían cuando tomaban la medicación, sistemáticamente aludían a los efectos colaterales (..): “muchas veces me duermo” (...), “me da sueño” (...). “Me sentía cansado y me costaba pensar un poco más” (p.87).

En consonancia con los resultados fallidos que tiene en ocasiones la medicación se vinculan los movimientos que puede causar esa medicación en el sujeto en construcción proyectado a futuro. Recordemos que la medicación actúa sobre el síntoma, no así sobre la resolución de procesos inconscientes que devienen en síntoma. Dichos procesos ameritan abordajes terapéuticos que habitualmente son extensos y requieren paciencia (por parte de la familia, del terapeuta y del propio paciente). Consideramos que resulta riesgoso dar el mensaje implícito de que los conflictos o las zonas de la subjetividad que no se pueden controlar se suavizan con psicofármacos. Janin (2013), se cuestiona:

(...) Además, la medicación dada para producir efectos de modo inmediato (efectos que se dan en forma mágica, sin elaboración por parte del sujeto), (...) ¿no desencadena

adicción psíquica al ubicar una pastilla como modificadora de actitudes vitales, como generadora de “buen desempeño”? (p.62).

Alternativas y Complementos a la Medicación

El espacio clínico podría ser una alternativa a la medicalización. Untoiglich (2013) lo propone como un encuentro. Encuentro entre un niño o niña que padece y un terapeuta disponible para escuchar. Será indispensable incluir a la escuela y a los padres o adultos referentes en este espacio terapéutico. Según el testimonio de esta autora, muchas veces el síntoma que presenta el infante es consecuencia de una problemática parental. En este escenario, la problemática deberá ser abordada desde la propia pareja, lo que nos hace pensar que solo la intervención diagnóstica fue necesaria y no será el niño o niña quien se someta al tratamiento. Algunos casos demandarán un abordaje psicoterapéutico, otros psicopedagógico.

En la actualidad, conviven con la psicoterapia otros abordajes terapéuticos que aportan desde la promoción de salud, atendiendo a las potencialidades que en la escuela son difíciles de desarrollar por los tiempos institucionales. Musicoterapia, TAACAs (Terapias y Actividades Asistidas con Animales, donde se inscribe a la equinoterapia), arteterapia, educación emocional, son algunos de ellos. Nieves (en Miguez, 2015), entiende que la TAACAs desde el abordaje interdisciplinario y transversal de los profesionales de la salud, se basan en los beneficios del vínculo humano-animal. Las interacciones con los animales y los profesionales, favorecen la autoestima, el desarrollo del lenguaje, reduce la ansiedad y ayuda a trabajar contenidos educativos que estimulan la memoria y las nociones de tamaño, color y forma.

La educación emocional, como ámbito de la educación preventiva, apunta a desarrollar ciertas competencias como “un conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes

necesarias en la vida” (López-Cassá, 2016, p. 559). Niños, niñas y adultos a cargo de la crianza deberían acceder a la educación emocional. Asimismo, sería beneficioso para el colectivo docente recibirla, en virtud de que ese colectivo es modelo y referente del alumnado. Esto contribuye a cierta coherencia en la praxis docente. La educación emocional toca contenidos referentes a la conciencia (tomar conciencia de las propias emociones y las emociones de los otros, tener un lenguaje emocional para identificarlas y conectarlas con la cognición y el comportamiento), a la regulación (manejar las emociones de forma adecuada, autorregulación), a la autonomía personal (autoestima, automotivación, autocrítica, resiliencia), a la competencia social (comunicación afectiva y efectiva, asertividad y gestión de conflictos) y a las competencias para la vida y el bienestar (adoptar comportamientos responsables ante la toma de decisiones, el trazado de objetivos y la búsqueda de ayuda ante conflictos).

Estrategias Docentes

Conceptos clave

Díaz Barriga (2007) denomina estrategias a los procesos o recursos utilizados por los docentes para lograr aprendizajes significativos en los niños y las niñas. Como parte de las estrategias docentes, deben elaborarse recursos didácticos que permitan proporcionar información, estimular al alumnado, guiar los aprendizajes, desarrollar habilidades, evaluar los conocimientos y habilidades y proporcionar espacios para la expresión y la creación.

Asimismo, Díaz Barriga y Hernández (2007) enfatizan que las estrategias de enseñanza son entendidas como: “procedimientos y arreglos que los agentes de enseñanza utilizan de forma

flexible y estratégica para promover la mayor cantidad y calidad de aprendizajes significativos en los alumnos. Debe hacerse un uso inteligente, adaptativo e intencional de ellas, con la finalidad de prestar la ayuda pedagógica adecuada a la actividad constructiva de los alumnos” (p. 141).

Se hace necesario dar cuenta de dos conceptos que se encuentran vinculados a las estrategias, ellos son: aprendizaje y enseñanza. Alicia Fernández (2008) describe al aprendizaje como “un proceso compuesto por una matriz vincular y lúdica y, una raíz corporal que en su despliegue creativo se articulan inteligencia-deseo y equilibrio asimilación-acomodación” (p.54). En cuanto al concepto de enseñanza, no abordaremos una definición concreta, tomaremos palabras de Fernández (2008) donde determina que no enseña cualquiera, solo puede hacerlo quien ha sido investido por el aprendiente para enseñar, porque se ha ganado su confianza.

Cuando estrategias, aprendizaje y enseñanza dejan de dialogar, se producen las fracturas en los procesos de aprendizaje y una de las estrategias docentes sería atender a los procesos exitosos para arribar a la causa del fracaso;

Para dar cuenta de las fracturas en el aprender, necesitamos atender a los procesos (a la dinámica, al movimiento, a las tendencias) y no a los resultados o los rendimientos (ya sean escolares o psicométricos). Solo observando cómo aprende, cómo juega el niño, y luego cuál es la originalidad de su fracaso estaremos en camino de elucidar por qué no aprende (p.54).

Entonces, articulando los conceptos anteriores, podemos afirmar que los procesos de aprendizaje tienen un fuerte componente emocional y vincular. El docente debe poner el peso en las fortalezas de sus alumnos y no en las debilidades.

Pozo (2000) manifiesta que toda estrategia se compone de técnicas previamente aprendidas, pero que no puede ser reducida únicamente a una serie de técnicas, sino que por el contrario requieren poseer recursos cognitivos disponibles para ejercer el control más allá de la realización de dichas técnicas;

Requiere además de un cierto grado de reflexión consciente o metacognición, necesario sobre todo para las tareas esenciales: la selección y planificación de los procedimientos más eficaces en cada caso y la evaluación del éxito o fracaso obtenido tras la aplicación de las estrategias (p. 302).

Para que las estrategias docentes puedan reconocerse como flexibles, adaptativas y extensivas a todo el colectivo estudiantil deben fundarse en un diseño programático inclusivo. Yadarola (2019) así lo indica, “Por ‘diseño universal’ se entenderá el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas (...) sin necesidad de adaptación ni diseño especializado” (p.67).

Como contracara del Diseño Universal para el Aprendizaje existen las adaptaciones curriculares aplicadas por algunos docentes como estrategia para dar respuesta a las dificultades de aprendizaje del alumnado en situación de discapacidad. Ellas forman parte de la concepción deficitaria que resalta las debilidades del sujeto en esa situación. Se entienden, según Duk et. al. (s.f.), “(...) como un instrumento o estrategia de individualización de la enseñanza por cuanto son modificaciones que se realizan en la programación curricular común para atender las diferencias individuales de los alumnos” (p.2). Estamos de acuerdo con utilizar estrategias que respondan a las individualidades (de todos, no solamente de individuos en situación de discapacidad) con ajustes y apoyos, no así con modificaciones en la programación curricular que determinan “(...) un aula prestada, para algunos, por unas materias, para unas actividades” (Yadarola, 2019. p. 67).

Al momento de pensar y trabajar en inclusión educativa a nivel institucional es importante el concepto de barreras que se plantea en la Guía para la Educación Inclusiva (Booth y Ainscow, 2015). Utilizaremos en este trabajo el término barrera como obstáculo, con el propósito de continuar con aquella fractura del trastorno que iniciamos en el capítulo tres. Nos permitimos visualizar al trastorno primero como síntoma, luego como problema y a continuación como respuesta a uno o varios obstáculos. Ainscow y Booth (2015) definen a las barreras como impedimentos que atentan contra “(...) el acceso, la participación y el aprendizaje” (p.44). Estos autores recomiendan usar el concepto barreras para evitar el etiquetaje, al considerar que el acceso al aprendizaje no depende solamente de un estudiante con necesidades educativas especiales. Depende de múltiples factores que se encuentran dentro y fuera del ámbito escolar. Otra recomendación es discontinuar el uso del término estudiantes con capacidades diferentes, a los efectos de;

- compartir la responsabilidad del no aprender con el entorno,
- contemplar a los estudiantes sin etiqueta que también se ven interpelados por obstáculos en lo que refiere a los aprendizajes.

Ainscow y Booth (2015) introducen el concepto necesidades educativas individuales y prefieren su utilización ante la noción necesidades educativas especiales, argumentando que el último hace hincapié en las deficiencias.

Las barreras para la participación y el aprendizaje se encuentran en la interacción con algún aspecto del centro escolar: características edilicias, organizacionales, culturales, políticas, relaciones interpersonales, paradigmas educacionales o de aprendizaje, así como también pueden encontrarse fuera de los límites del centro educativo, tanto en las familias, en las comunidades, como en las políticas y circunstancias nacionales e internacionales. Los autores recomiendan

centrar los esfuerzos en aquello que tanto el personal, como los estudiantes y familiares pueden hacer para cambiar. La inclusión implica un descubrimiento progresivo de estas barreras y su eliminación, a través de planes sustentados en la colaboración abierta, que busquen generar recursos para apoyar el aprendizaje, la participación y la diversidad.

Hay que tener en claro que la finalidad de identificar barreras no es simplemente apuntar a lo que está mal, sino que la inclusión entendida como un proceso sin final, conlleva el descubrimiento progresivo y la eliminación de las limitaciones para participar y aprender. Es decir, se trata de identificar las barreras, y a partir de eso, diseñar planes para eliminarlas, lo cual implica movilizar recursos. Existen siempre, al decir de Booth y Ainscow (2011), más recursos para apoyar el aprendizaje y la participación que los que se están usando realmente. Es a esto a lo que apunta y contribuye la autoevaluación institucional, ya que habilitaría el descubrimiento progresivo y la identificación de barreras para luego poder derribarlas, dando lugar a centros educativos cada vez más inclusivos. Es en este sentido que se concibe a la autoevaluación como un camino hacia la inclusión educativa.

El cambio en un centro escolar se transforma en una mejora inclusiva si está basado en valores inclusivos. Se trata de relacionar las prácticas y acciones del centro con dichos valores, algunos de estos son: igualdad, participación, sostenibilidad, respeto por la diversidad, no violencia, honestidad, compasión, coraje, entre otros. Por lo tanto, la inclusión desde esta perspectiva está basada en principios tanto para la mejora del centro escolar como de la sociedad. Tratándose entonces de un proceso sin fin que estimula la participación de todos los actores de la comunidad educativa y que promueve los valores inclusivos, reduciendo toda forma de exclusión y discriminación, con el objetivo de que el centro escolar sea para todos y valore a todos por igual (Booth y Ainscow, 2015).

Intentando evitar una dicotomía simplista UNICEF (2017) plantea que se pueden identificar dos modalidades de integración de este tipo de dispositivos de apoyo y acompañamiento en los sistemas educativos. Por un lado, aquellas que operan como espacios adjuntos a la oferta curricular, que se instalan en la periferia del núcleo educativo, no se integran a las prácticas docentes regulares, tienen una cobertura baja y en muchos casos sin carácter permanente, siendo transitorias o a término, lo que las transforma en experiencias de baja intensidad, cuestionadas, devaluadas e incluso estigmatizadas por las propias comunidades educativas. Por el otro lado, se encuentran modalidades en que estos dispositivos sí son un componente central y permanente de la oferta de los centros educativos, forman parte del repertorio con los que cuentan para acompañar el aprendizaje, en particular en situaciones que ameritan apoyos especiales y personalizados, para ello se destinan recursos técnicos y presupuestales significativos ya que están dirigidos a una gran cantidad de estudiantes. De igual forma, UNICEF (2017) advierte que un sistema educativo que incorpore estos dispositivos, así tengan alta cobertura y muchos recursos, terminarán los mismos convirtiéndose en parte de la periferia del sistema si no revisan o reconsideran a la vez los contenidos curriculares, las prácticas docentes y el régimen académico. En cambio, si estos dispositivos se introducen como forma de revisar las reglas que ordenan la evaluación de logros, la toma de decisión sobre la progresión de los estudiantes y la acreditación, potencialmente podrían transformar los recursos con que cuentan las instituciones para acompañar las trayectorias educativas de todos sus estudiantes. En suma, resulta difícil o incoherente disociar la aplicación de este tipo de dispositivos o prácticas de los debates más generales o amplios sobre los contenidos curriculares y el régimen académico, en fin, sobre la cultura escolar como se ha venido planteando.

DUA Como Estrategia

En el marco de la inclusión educativa, no podemos dejar de hacer referencia al enfoque denominado Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA) -Universal Design for Learning (UDL) en inglés-, desarrollado por el Center for Applied Special Technology (Centro de Tecnología Especial Aplicada, CAST). A nuestro criterio, el Diseño Universal para el Aprendizaje podría ser considerado como el conjunto de estrategias docentes más relevante al hablar de inclusión, porque ofrece elementos para reducir barreras y optimizar los niveles de desafío y también de apoyo. La clave de este Diseño es comprender que no hay un “usuario tipo”, sino múltiples tipos, y en base a eso se proponen alternativas. Parte de la diversidad desde el inicio del diseño, no de adaptaciones posteriores. Mejora las opciones para todos los usuarios.

Existen tres principios fundamentales basados en la investigación neurocientífica que guían el Diseño Universal del Aprendizaje y se transforman en pilares de las estrategias docentes dentro de un paradigma inclusivo. María Jimena Freitas (2019), así lo resume:

- 1- Proporcionar múltiples formas de representación (el qué del aprendizaje). Redes de reconocimiento, que impulsen el “qué se aprende”.
- 2- Proporcionar múltiples formas de acción y expresión (el cómo del aprendizaje). Redes estratégicas, que fomenten el "cómo se aprende".
- 3- Proporcionar múltiples formas de implicación (el porqué del aprendizaje). Redes afectivas, que promuevan el "por qué se aprende".

Rol o posición del docente ante el diagnóstico

El rol del docente en el marco de la primera infancia consiste en acompañar afectivamente a los niños y niñas promoviendo el máximo desarrollo integral, lo que significa el

pleno desarrollo en todas sus dimensiones: intelectual, socio afectiva, física y motriz. Esto implica crear ambientes sanos y seguros, crear condiciones y contextos de desarrollo estimulantes teniendo en cuenta sus capacidades, posibilidades, derechos y potencialidades, y muy especialmente, su condición de niño o de niña. Pone de manifiesto asumir acciones de cuidado, atención integral y acompañamiento no sólo para la vida futura sino para que en la vida presente gocen de dignidad, respeto, reconocimiento y felicidad.

En base a lo mencionado anteriormente, la posición del docente ante un diagnóstico, partiría desde la posibilidad de buscar estrategias inclusivas que aporten significativamente y acompañen el proceso por el que el niño o la niña transita.

Las estrategias inclusivas son procedimientos de acciones o secuencias que favorecen el proceso de aprendizaje, y se componen por tres ideas fuerza;

-Participación: El docente participa en el proceso de inclusión, mediante el modelo y las prácticas inclusivas

-Habilidad: Son las destrezas que permiten al docente utilizar las herramientas y aplicarlas oportunamente para dar respuestas educativas a la diversidad.

-Capacidad: El docente utiliza el potencial para responder a las distintas demandas emergentes de la diversidad, tiende un puente cognitivo entre la información nueva y la previa.

Conclusiones

En este trabajo monográfico nos planteamos realizar una revisión bibliográfica relacionada al tema del diagnóstico médico de trastornos y su incidencia en el quehacer docente. En este recorrido nos propusimos dar respuesta a ciertos objetivos que consideramos son relevantes al momento de pensar en las infancias, los diagnósticos médicos y las intervenciones de diversos actores en función de reconocer al niño y a la niña desde una visión integral.

En cuanto al primer objetivo específico planteado, consideramos que hemos logrado obtener un conocimiento sobre la problemática de la patologización y medicalización como un aporte a nuestra práctica docente. La bibliografía consultada y utilizada nos ha aportado luz para comprender las diferentes posturas en beneficio de nuestra práctica docente. Podemos concluir que la patologización y medicalización tienen sus efectos en la construcción de las subjetividades de las infancias, así como en los procesos pedagógicos. Dependiendo de la posición que adopten los agentes educativos, familiares y de salud, estos efectos podrían constituirse en punto de llegada (etiquetaje) o punto de partida (intervención).

A nuestro criterio, los agentes educativos deben ser cuidadosos a la hora de realizar informes y anotaciones del alumnado acerca del desempeño escolar y vincular, con el fin de evitar reduccionismos o patologizaciones de padecimientos que suelen resolverse con medicamentos. Es una posición ética que hace al rol profesional docente.

En cuanto al segundo objetivo específico, reconocemos estrategias que pueden desplegar los docentes frente al diagnóstico médico. Concebir al diagnóstico médico como un punto de partida implica apuntar al fortalecimiento de las potencialidades de un niño único y una niña

única, con necesidades educativas individuales, en un determinado contexto y en construcción.

Estas estrategias son:

-Planificar y desarrollar un currículo y una evaluación flexible para todos y todas. Es de orden mencionar que los programas aplicados en materia educativa son prescriptivos, los docentes no eligen qué enseñar. Los contenidos están establecidos de antemano porque los lineamientos políticos los consideran válidos para reproducir y producir contenidos culturales importantes que definen y representan a una cultura nacional. Entonces, es recomendable abandonar el paradigma del déficit que sustenta a las adaptaciones curriculares, donde se recortan esos contenidos, y dar la bienvenida al paradigma de la diversidad. El paradigma de la diversidad tiene como fin incluir y respetar a los sujetos en situación de discapacidad, así como pensar en las subjetividades de niños y niñas y no en modelos que abogan por un discurso único y hegemónico.

-Generar entornos áulicos a los que se quiera pertenecer, basados en el respeto mutuo, la escucha, la colaboración y donde los errores sean visualizados como una oportunidad para mejorar y aprender. La educación emocional posibilita el reconocimiento de las propias emociones y las ajenas, genera empatía y propicia entornos más humanos y habitables.

-Pensar en aulas accesibles a nivel comunicacional, físico y de materiales como sugiere Yadarola (2019), que tengan presente no solo al estudiantado con impedimentos motrices, visuales o auditivos, sino también al personal docente y a referentes familiares que pueden tener una movilidad reducida y otras clases de obstáculos. La rueda del Diseño Universal para el Aprendizaje proporciona recursos agrupados según se utilicen para representar, implicar, actuar y expresar, que resultan muy útiles cuando de incluir se trata.

-Detectar barreras que conspiran contra el aprendizaje y la participación de todos y todas, a través de la evaluación institucional y de las prácticas profesionales docentes que revisen

críticamente los pilares sobre los que se apoyan sus políticas educativas. Si el síntoma es pasible de tratamiento y el problema de resolución, las barreras de aprendizaje y participación pueden establecerse como algo posible de eliminar, disminuyendo los efectos distorsionantes del aprendizaje. Pero consideramos que el docente es el primero que debe reflexionar sobre sus decisiones, ser autocrítico y cuestionarse si en ocasiones no se transforma en una barrera más.

En cuanto al tercer objetivo específico, identificamos diferentes intervenciones de los agentes que interactúan con las infancias y que son complementarias a la medicación frente al diagnóstico de trastornos. Dichas intervenciones deben ser sobre todo actitudinales, y refieren a la colaboración y a la apertura. La colaboración articula los aportes de los agentes familiares, educativos y de salud en beneficio del sano desarrollo infantil. La apertura permite aceptar que los abordajes pueden complementarse y que no existe superioridad de unos sobre otros. Si bien el recorrido por la concepción de infancia ha demostrado que se corrió a la familia del lugar de exclusividad para decidir las prácticas de crianza y se pasó a compartir con el Estado, no podemos negar que en la organización familiar se dan los procesos de representación simbólica más determinantes en las etapas de constitución del psiquismo infantil (Winnicott, 1979).

En la actualidad existen intervenciones de los agentes de salud: desde la psicomotricidad, la psicoterapia y desde otros agentes que proponen terapias alternativas (equinoterapia, musicoterapia, arteterapia, etc.). Estas intervenciones generan un empoderamiento en la autoestima de la niñez. A veces se puede prescindir del uso de psicofármacos. Otras veces los psicofármacos pueden ser útiles para que los procesos terapéuticos alternativos puedan comenzar a generar movimientos. En lo que concierne a las intervenciones familiares, estas serán entendidas desde la articulación con los agentes educativos.

La intervención docente, y también de otros agentes como los servicios sociales, de los agentes promotores de salud y de la comunidad introducen insumos en el sistema familiar, modificándolo y proporcionándole información que tendrá un retorno. La condición de educadores y proveedores de información a este sistema nos hace corresponsables (junto con el Estado y los adultos referentes de la familia) de los efectos que en él se desarrollen. Ninguna intervención externa puede suplir a las funciones que cumple la familia. Los docentes también somos responsables de que el equilibrio o la transformación se logren, interviniendo de una forma mesurada, coherente y respetuosa para que el sistema como tal no se extinga. El tipo de organización familiar y de rol que cada componente cumple, las jerarquías, los niveles de adaptabilidad y cohesión, nos darán indicadores a la hora de abordar el trabajo con las familias. Se deben aplicar diferentes modalidades de intervención frente a niñas y niños con diagnósticos de trastornos, a través de técnicas como la observación, el manejo de la entrevista, el trabajo en red y talleres en la institución educativa que aborden temáticas que surjan de intereses familiares o de cuestiones que hacen a la participación e inclusión en el centro educativo.

Respecto a nuestro objetivo general, concluimos que la relación entre diagnóstico médico de trastornos y las distintas intervenciones de los agentes de salud, educativos y familiares se jerarquiza según una racionalidad médica y pedagógica. Tal jerarquía es determinada a través de un criterio histórico de control médico y educativo, legado de la modernidad.

En primer lugar, consideramos que la intervención del agente sanitario es la más utilizada ante un diagnóstico médico de trastornos. Lo confirma la prescripción abusiva de psicofármacos en Uruguay si las infancias no responden a los criterios de normalidad actuales.

En segundo lugar, postulamos la relación entre el diagnóstico médico de trastornos y las intervenciones de los agentes educativos. Bajo su órbita se coordinan arreglos con agentes de

salud y familiares, así como estrategias docentes e institucionales, en beneficio del tratamiento de trastornos. Refuerza el segundo nivel en la jerarquía el hecho de que la escuela se reconoce como uno de los actores que deriva a especialistas y escuelas paralelas.

En tercer lugar, en el orden de las intervenciones en relación al diagnóstico, ubicamos a los agentes familiares. En sus dinámicas internas se decide qué agente o agentes tendrán mayor o menor injerencia en la gestión de las patologías o los trastornos, pero siempre bajo el asesoramiento o la prescripción de la medicina o la educación.

El análisis obtenido produce ciertas consideraciones que nos hacen reflexionar respecto a nuestra práctica docente. Por un lado, no debemos dar por sentado que un diagnóstico médico puede resultar acabado por el dinamismo que caracteriza a la primera infancia y por las fluctuaciones de una sociedad posmoderna que cambia constantemente, dejando obsoletos los principios de normalidad sobre los que se fundaron la medicina y la escuela moderna. Por otro lado, las intervenciones de diversos actores o agentes, llámense de salud o familiares, han de complementar al diagnóstico médico, con la finalidad de potenciar al niño y a la niña. Por último, las estrategias docentes han de ser pensadas desde la inclusión del sujeto en situación de discapacidad.

Referencias

- Angulo S., Díaz, S. y Miguez, M. N. (2015). *Infancia y discapacidad. Una mirada desde las ciencias sociales en clave de derechos*. UDELAR - Grupo de Estudios sobre Discapacidad (GEDIS).
- Aries, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*.
http://iin.oea.org/cursos_a_distancia/el_nino_y_la_vida_familiar.pdf
- Bauman, Z. (2000). *Modernidad Líquida*. Fondo de Cultura Económica.
- Berruezo Adelantado, P. (2008). *El contenido de la Psicomotricidad. Reflexiones para la delimitación de su ámbito teórico y práctico*. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, vol. 22, núm. 2, agosto, 2008, pp. 19-34. Universidad de Zaragoza, España.
- Bustelo, E. (2007). *El recreo de la infancia. Argumentos para otro comienzo*. Siglo XXI Editores Argentina S.A.
- Booth, T. y Ainscow, M. (2015). *Guía para la Educación Inclusiva: Desarrollando el aprendizaje y la participación en los centros escolares*. Adaptación de la 3ª edición revisada del INDEX for inclusion. FUHEI y OEI
- Dahlberg, G; Moss, P; Pence, Alan (2005). *Más allá de la calidad en educación*. Graó.
<https://es.slideshare.net/ilikemove/ms-all-de-la-calidad-en-educacin-infantil-gunilla-dahlberg>
- De Freitas, M.J. (2019). *DUA. Diseño Universal para el Aprendizaje*. Uruguay Educa.
<https://uruguayeduca.anep.edu.uy/recursos-educativos/3632>

- Díaz Barriga, F. y Hernández, G. (2007). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista*. McGraw - Hill / Interamericana Editores SA.
- Dueñas, G. (2012). La niñez en tiempos complejos. En A.Taborda, G. Leoz y G. Dueñas, *Paradojas que habitan las instituciones educativas en tiempo de fluidez*, pp. 75-92. Nueva Editorial Universitaria.
- Dueñas, G. (2013). Importancia del abordaje clínico de los problemas de aprendizaje frente a la tendencia a medicalizar a las infancias y adolescencias actuales. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3 (2), 31-54.
<https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/148/152>
- Farmanuario. (2021). Informédica SRL. Uruguay.
- Fernández, A. (2008). *La inteligencia atrapada*. Ediciones Nueva Visión.
- Finkelievich, S. (s.a). *Redactando textos científicos: prácticas actualizadas de escritura en ciencias sociales y humanidades*. DOCPLAYER. [https://docplayer.es/14314007 - Redactando-textos-cientificos.html](https://docplayer.es/14314007-Redactando-textos-cientificos.html)
- Janin, B. (2004). *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. Centro de Publicaciones educativas y Material Didáctico.
- Míguez, M.N. (2011). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Estudios Sociológicos Editora.
- Morin, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- Morin, E. (2004). *La epistemología de la complejidad*. Gazeta de Antropología. N°20, Art.02. http://www.ugr.es/~pwlac/G20_02Edgar_Morin.html

- Muniz, A. (2013). Abordajes clínicos de las problemáticas actuales de la infancia. *Psicología, conocimiento y sociedad* 3 (2), 135-154. ISSN: 1688-7026.
- <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/165/156>
- Nieves, M. (2015). Equinoterapia: cuando lo singular se vuelve terapéutico. En M. N. Miguez. *Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar*, pp.109-117. Estudios Sociológicos Editora.
- OMS. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*.
- https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- OMS. (2019). *Trastornos mentales*.
- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Palomar, M. y Suárez, E. (1993). *El modelo sistémico en el trabajo social familiar: consideraciones teóricas y orientaciones prácticas*. Revista Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social, 2. Universidad de Alicante.
- Pozo Muncio, I. (2000). *Aprendices y Maestros. La nueva cultura del aprendizaje*. Alianza Editorial.
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P. y Elbert, R. (2005). *Manual de metodología: construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Editorial CLACSO.
- UNICEF. (2017). *Trayectorias educativas en Uruguay*.
- https://www.bibliotecaunicef.uy/doc_num.php?explnum_id=184
- Untoiglich, G. (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y en la educación*. Noveduc.

- Vasen, J. (2012). El asesinato del alma. En A.Taborda, G. Leoz y G. Dueñas, *Paradojas que habitan las instituciones educativas en tiempo de fluidez*, pp. 141-165. Nueva Editorial Universitaria.
- Winnicott, D. (1979). *El proceso de maduración en el niño*. Cap VII. De la dependencia a la independencia del individuo. Lala.
- Yadarola, M.E. (2019). *Construcción de un aula inclusiva desde el Diseño Universal de la Enseñanza*. En Revista Quehacer Educativo, 29(153), pp. 65-73.