



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la República
Facultad de Psicología
Montevideo, Marzo de 2018

Para optar al título de Magíster en Psicología Social
Autor: Lic. Ps. Pablo Chouhy Algorta

Las prácticas psicológicas en el ámbito escolar ante el fenómeno de la medicalización de la infancia

Director de Tesis: Prof. Adj. Lic. Mag. Jorge Maceiras
Director Académico: Prof. Adj. Lic. Mag. Jorge Chávez

Para Mari, porque siempre está.

Agradecimientos

A la Facultad de Psicología por la oportunidad que se me brindó de cursar la Maestría en Psicología Social como proceso formativo de posgrado.

A Jorge Maceiras por su dedicación, su orientación, continentación y confianza.

A Jorge Chávez y a toda la “barra” del grupo de estudio “Gubernamentalidad, Ciencia, Tecnología y Subjetividad”, por los interesantes intercambios que nos exigieron ocupar la posición del investigador.

A los compañeros y compañeras de la cohorte 2013, sobre todo a los de Psicología Social, con quienes juntos hicimos fuerza, apoyándonos, bancándonos colectivamente las frustraciones, orientándonos y despejándonos dudas; teniendo siempre en cuenta que la Maestría no la cursaba “nadie de cheto”.

A Pablo Rodríguez, por ser ese amigo con el que transitamos “codo a codo” este camino.

A Andrés Granese, por sus tutorías informales de verano y sus múltiples formas de apoyarme con la cursada.

A Bea, por hacer las cosas más livianas.

A Mae y Nati por siempre habilitar.

A los psicólogos que participaron de la investigación, por su disposición e interés en participar de la misma.

A todos aquellos que de una forma u otra me ayudaron a superar obstáculos en este difícil transitar.

A mi familia, por sus constantes mensajes de aliento. Especialmente a mis padres, Gabriel, Cecilia y Oli.

Y especialmente a Mari, porque sin ella nada de esto hubiera sido posible.

Índice

I. Resumen / Abstract.....	5
1. Introducción.....	7
1.1 Problema de investigación.....	7
1.2 Preguntas de investigación.....	10
1.3 Objetivos de investigación.....	10
1.4 Antecedentes.....	11
2. Referentes teóricos.....	16
2.1 Infancia.....	16
2.2 Medicalización de la(s) infancia(s).....	22
El fenómeno de la medicalización.....	22
Medicalización de las infancias contemporáneas en la era de la industria farmacéutica.....	25
2.3 Prácticas psicológicas y Gubernamentalidad.....	28
Breve historia de la gubernamentalidad.....	28
Las prácticas psicológicas a la luz de la gubernamentalidad.....	32
Relación Psicología-Psiquiatría desde la Salud Mental.....	41
El resurgimiento de las explicaciones “bio”: una oportunidad para la Psiquiatría.....	46
3. Diseño metodológico.....	49
3.1 Metodología cualitativa.....	49
3.2 Teoría Fundamentada.....	49
3.3 Técnica privilegiada: Entrevistas en profundidad.....	50
3.4 Desarrollo de la investigación: participantes y muestreo teórico.....	51
3.5 Pauta de entrevista.....	52
3.6 Codificación y categorías emergentes.....	53
4. Análisis.....	58
4.1 Análisis por categorías.....	58
A) Categoría 1: La medicalización se determina por otros mecanismos.....	58
A.1 La decisión del sector salud.....	58

A.2 La tarea propia no se enfoca en la medicalización.....	60
A.3 Presiones varias.....	61
B) Categoría 2: Prácticas psicológicas.....	63
B.1 Observar, acompañar, derivar y evaluar.....	64
B.2 La escucha.....	67
B.3 Adecuar la escuela.....	68
C) Categoría 3: Intercambio con otros actores.....	70
C.1 Intercambio con otros técnicos. ¿Hay feedback?.....	70
C.2 Intercambio a la interna de la escuela.....	72
C.3 Intercambio con la Familia.....	74
D) Sentidos sobre lo farmacológico.....	76
D.1 El consumo de psicofármacos en la niñez: ¿Está aumentando?.....	76
D.2 Ecuánimes ante la pastilla: ni demonización ni idealización.....	77
D.3 La importancia de acompañar lo farmacológico.....	78
4.2 “Otros mundos”: La escuela especial.....	79
4.3 Las relaciones de composición entre las categorías.....	81
5. Conclusiones.....	86
II. Referencias bibliográficas.....	90
III. Anexos (enunciados por sub-categorías y consentimiento informado)...	94

I. Resumen / Abstract

Resumen

La presente investigación se propone producir conocimiento en torno a las prácticas psicológicas desarrolladas en el ámbito escolar ante situaciones de niños sujetos a procesos de medicalización, haciendo hincapié en la significación que los actores le dan a las mismas y teniendo en cuenta el importante rol que juega la disciplina psicológica en el fenómeno de la medicalización. Se apuntala para llevar a cabo el trabajo analítico en desarrollos conceptuales en torno al fenómeno de la medicalización de las subjetividades infantiles contemporáneas y de las prácticas “psi” enmarcadas en lo que Michel Foucault denominó como “gubernamentalidad”. (Foucault, 2006).

La investigación realizada es de corte cualitativo y el método orientador del análisis y aproximación al campo fue la Teoría Fundamentada. Asimismo, la técnica privilegiada para la recolección de datos fue la entrevista en profundidad, entrevistándose a psicólogos que trabajasen en el ámbito escolar en la ciudad de Montevideo y zona metropolitana; tanto en el sub-sistema público como en el privado.

Como resultados a partir del análisis, se destaca que los psicólogos del ámbito educativo llevan adelante una gran cantidad de acciones vinculadas al fenómeno de la medicalización, principalmente trabajando sobre los sentidos y lógicas de este fenómeno con agentes internos a las instituciones educativas (maestras, directores) y externos a las mismas (familias, otros profesionales). La racionalidad de las prácticas psicológicas puede ser catalogada de “post-disciplinaria”, en tanto el manejo de la población escolarizada se realiza haciendo hincapié en fortalecer las potencialidades, singularidad y autonomía de los sujetos (niños) afectados, y no en adaptar el desvío o lo anómalo a la institución.

En la racionalidad de las prácticas psicológicas, subyace una percepción de los psicólogos del ámbito educativo de la existencia de sobrediagnósticos y sobrefarmacolización en la niñez uruguaya. La misma los predispone a guiar sus acciones hacia una dirección alternativa a este fenómeno. Así, las prácticas psicológicas persiguen como una de sus finalidades destacadas modificar la institución escolar para incrementar su poder inclusivo y el bienestar de la comunidad educativa. Las mismas suelen tener un efecto amortiguador de la dinámica instalada que deriva en la medicalización de las subjetividades infantiles contemporáneas.

Abstract

This research advances the existing knowledge about the practice of the psychology profession within schools regarding children under medication, emphasizing on the meanings psychologists themselves attribute to such practices, and considering psychology's critical role in the medicalization of children's behavior. The analytical framework builds on recent work based on Foucault's notion of "governmentality" (Foucault, 2006) to conceptualize child subjectivities and the so-called "psi" practices.

This is a qualitative research based on the approach and guidelines of Grounded Theory's. Data was collected through in-depth interviews with psychologists who worked in schools in the city of Montevideo and metropolitan area, both in the public and private sub-systems.

The main finding is that psychologists working in the educational field carry out a large number of actions related to the phenomenon of medicalization. They mainly work on the meanings and logics of medicalization with agents that are both internal to educational institutions (teachers, principals) and external to them (families, other professionals). The rationality of psychological practices can be classified as "post-disciplinary", insofar as the management of the school population seeks to strengthen the potential, uniqueness and autonomy of the subjects (children) affected, instead of correcting deviances that are anomalous to the institution.

Underlying this rationality there is a generalized perception among psychologists that overdiagnosis within schools leads to an overprescribed Uruguayan childhood. This perception predisposes psychologist to adopt alternative professional practices. Thus, psychologists' practices aim to transform schooling to increase schools' ability to include and provide welfare for the educational community. These practices seek to buffer the negative consequences that derive from the excessive medicalization of contemporary child subjectivities.

1. Introducción

Esta tesis se enmarca en la cursada de quien escribe de la Maestría en Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, cohorte 2013.

La misma pretende producir conocimiento nuevo en torno a las prácticas psicológicas en el ámbito escolar ante el fenómeno de la medicalización de la infancia; sirviéndose para llevar a cabo su trabajo analítico de desarrollos conceptuales en torno al fenómeno de la medicalización de las subjetividades infantiles contemporáneas y de las prácticas “psi”, enmarcadas en lo que Michel Foucault (2006) denominó como “gubernamentalidad”.

Este marco conceptual multirreferencial está al servicio de generar teoría en función de lo que acontece, ya que metodológicamente el estudio se acercó al fenómeno desde los principios de la Teoría Fundamentada; con un diseño de investigación claramente cualitativo.

La tesis se organiza por capítulos:

En el primer capítulo, se introducen los problemas, las preguntas y los objetivos orientadores de la investigación, así como los antecedentes fundamentales para la misma.

En el segundo capítulo se desarrollan los referentes conceptuales que sirven de “caja de herramientas” para el ejercicio analítico, haciendo hincapié en las tres problemáticas de “Infancia”, “Medicalización de la(s) infancia(s)” y “Prácticas Psicológicas y Gubernamentalidad”.

En el tercer capítulo se detallan el diseño y las estrategias metodológicas de las que se valió la investigación.

En el cuarto capítulo, se realiza el análisis de las categorías emergentes, basándose en el discurso de los psicólogos entrevistados y poniéndose en juego los referentes conceptuales anteriormente desarrollados. También se realiza una lectura analítica rebasando las categorías producidas.

En el quinto capítulo se desarrollan las conclusiones a las que se arribaron como resultado del trabajo investigativo.

1.1 Problema de Investigación

La presente investigación versa sobre un tema que ha venido siendo ampliamente estudiado dentro de las Ciencias Sociales, a saber: el proceso de medicalización de las

sociedades contemporáneas, y las manifestaciones que específicamente dicho proceso cobra en la infancia. Sin embargo, se considera que si bien se está ante una línea de investigación a la cual se han abocado distintos estudios, hasta el momento no se ha puesto suficientemente el foco en el accionar específico de la Psicología ante esta problemática.

Por lo tanto, la presente investigación tiene la finalidad de generar visibilidad sobre una dimensión que no ha sido lo suficientemente abordada, como lo es el de las prácticas psicológicas dentro del ámbito educativo ante situaciones de medicalización de la infancia. Se considera a la Psicología como una disciplina fundamental y altamente involucrada en dicha problemática, por lo que es de relevancia considerar sus posicionamientos y proceder es ante una temática de considerable interés social que involucra los Derechos Humanos de las infancias actuales. Específicamente, se toma como eje de análisis a la Psicología que se desempeña en el ámbito escolar interviniendo en situaciones de niños en procesos de medicalización, ya sea que involucren o no el consumo de psicofármacos.

Desde la segunda mitad del siglo XX asistimos a un incremento sustantivo de la “detección” de síntomas y cuadros psicopatológicos en la infancia escolarizada, con una consecuente prescripción terapéutica basada en el consumo de psicofármacos. El caso paradigmático ha sido el de los síntomas de la desatención, la hiperactividad y la impulsividad englobados frecuentemente bajo la entidad psicopatológica de “Trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad” (TDA, TDAH, ADD o ADHD por sus siglas en español e inglés); y tratados terapéuticamente en base al suministro de metilfenidato de cocaína (más conocido como Ritalina por su nombre comercial).

Ante tal fenómeno, varios investigadores y profesionales de las Ciencias Sociales, el ámbito médico y el campo “Psi”, han alertado acerca del sobrediagnóstico de tal cuadro y la tendencia actual de visualizar cualquier problema o manifestación de conflicto dentro del ámbito educativo como reflejo de un cuadro psicopatológico. Asimismo, consideran a la terapéutica centrada en el consumo de psicofármacos, no solo una reacción simplista ante un problema por demás complejo, sino una respuesta peligrosa, tanto por los efectos secundarios de las drogas suministradas como por los procesos subjetivos y mensajes simbólicos que devienen de tal operación (estigmatización, anulación de la diferencia, búsqueda de respuestas rápidas ante problemas complejos, individualización de los problemas sociales, procesos identificatorios en los niños vinculados a la enfermedad, entre otros).

Se considera por demás pertinente visibilizar el accionar de la Psicología en el ámbito educativo ante estas situaciones, en tanto es una disciplina cuyo saber y accionar se encuentra

directamente comprometido e interpelado por tal problemática, pero que sin embargo ha estado ausente en los estudios sobre la temática; al menos a nivel nacional. Estos últimos, se han ocupado más que nada del análisis de las instituciones médicas y de las educativas, así como de los actores más “tradicionales” de las mismas (psiquiatras, pediatras, neurólogos, maestros, directores, etc.).

Además, se considera que por la diversidad de corrientes teórico-técnicas, ámbitos de inserción y enfoques teóricos que nutren a la Psicología, ésta es una disciplina con el potencial de generar perspectivas, acciones, e intervenciones con efectos por demás diversos y disimiles entre sí. Sobre esta dimensión de las prácticas psicológicas es que se considera importante e interesante generar conocimiento, teniendo en cuenta que la misma ha sido soslayada en los estudios que se han desarrollado sobre el tema. Lo antedicho se encuentra matizado por el hecho de que la pesquisa se centra en las prácticas psicológicas en el ámbito educativo, pero aun así se pretende tener en cuenta a la Psicología como disciplina con mayor amplitud y diseminación.

Con lo anteriormente mencionado, se comprende que el problema de investigación que se plantea se enmarca en los estudios sobre los procesos de medicalización de las infancias contemporáneas. La intención de la investigación es poder dar cuenta específicamente de las prácticas psicológicas que se despliegan en el ámbito escolar ante situaciones de esta índole, siendo los psicólogos que trabajan desde dicho ámbito con situaciones de niños medicalizados (que consumen psicofármacos o no) la unidad de análisis.

Desde la perspectiva que orienta la investigación, se piensa a las prácticas psicológicas en términos de acciones que emergen contextualizadas en cierto dispositivo de saber/poder, y por lo tanto cómo técnicas para operar sobre la realidad; cuyos sentidos y racionalidades no se determinan cabalmente *a priori* sino *en acto* (Castro-Gómez, 2010). Es decir que interesa, no solo cómo los psicólogos conciben la problemática en términos generales, sino más que nada cómo vivencian la problemática cuando se enfrentan a situaciones específicas, qué estrategias instituidas y/o instituyentes llevan a cabo, qué sentido les dan a sus acciones, qué esferas del problema contempla el desarrollo de sus intervenciones.

Es importante mencionar que la investigación se plantea un enfoque cualitativo porque se pretende acceder al universo de las prácticas psicológicas y sus sentidos contemplando al fenómeno en su singularidad, su complejidad y sus contextos específicos. (Vasilachis, 2006). Asimismo, se guía por los aportes de la Teoría Fundamentada con la finalidad de construir teoría a partir de los datos recabados, y no de comprobar o contrastar desarrollos teóricos pre-existentes. Estos sí servirán, ni más ni menos, que como soportes para el trabajo analítico.

1.2 Preguntas de Investigación

Pregunta problema

- ¿Qué tipo de prácticas despliega(n) la(s) Psicología(s) que trabaja(n) en el ámbito escolar en situaciones de niños en procesos de medicalización?

Preguntas subsidiarias

- ¿Qué sentidos coexisten con las prácticas psicológicas que se desarrollan en el ámbito escolar ante la niñez medicalizada?
- ¿Qué actores o dimensiones de la problemática entran en escena en este tipo de intervenciones psicológicas?

1.3 Objetivos de la investigación

Objetivo general

- Producir conocimiento en torno a las prácticas psicológicas desarrolladas en el ámbito escolar ante situaciones de niños sujetos a procesos de medicalización, haciendo hincapié en la significación que los actores le dan a las mismas y teniendo en cuenta el importante rol que juega la disciplina psicológica en el fenómeno de la medicalización.

Objetivos específicos

- Analizar las diversas prácticas psicológicas que se despliegan dentro del ámbito educativo como respuesta a situaciones de niños en procesos de medicalización que involucren o no un consumo de psicofármacos.
- Arrojar luz sobre las diversas prácticas que los psicólogos llevan adelante en el ámbito educativo ante la problemática mencionada, dilucidando sus caracteres innovadores y creativos, así como sus limitaciones.
- Explorar qué finalidades se plantean los psicólogos en sus intervenciones en el ámbito escolar ante la niñez medicalizada.
- Comprender las perspectivas que tienen los psicólogos que trabajan en primaria sobre la utilización de psicofármacos por parte de los alumnos.
- Indagar sobre los sentidos que adquieren estas prácticas psicológicas en el ámbito educativo.

- Averiguar qué tipo de relaciones establecen las prácticas psicológicas con las distintas disciplinas, instituciones y actores que entran en juego en estas situaciones.
- Analizar las prácticas psicológicas en cuestión en función de la relación histórica que la Psicología como disciplina ha tenido con la Psiquiatría y con los procesos de gubernamentalidad.

1.4 Antecedentes

Tal cual se mencionaba anteriormente, son varios los estudios académicos que versan sobre el fenómeno de la medicalización de la infancia y el consumo de psicofármacos en esta área, pero no se encuentran antecedentes que estudien específicamente los quehaceres de los psicólogos en el ámbito educativo ante tal problemática.

Como antecedente a nivel nacional, se considera que el más relevante es la tesis doctoral desarrollada por la trabajadora social María Noel Miguez Passada. La misma se titula “La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya” (2011). La importancia de esta investigación es muy considerable, en tanto no solo versa sobre la niñez uruguaya y es de reciente publicación, sino que el marco conceptual desde el cual se piensa el problema permite conexiones teóricas con el presente proyecto de investigación.

En esta investigación, se identifica un consumo abusivo de psicofármacos por parte de la niñez uruguaya, configurando una problemática acuciante de la infancia contemporánea que se produce en el seno de complejos procesos de medicalización. De esta forma, se reconoce al fenómeno como un producto de estrategias de disciplinamiento, normalización y homogenización de lo diferente, que responderían a nuevas manifestaciones de la razón instrumental imperante en las sociedades capitalistas; en las cuales el mantenimiento del orden establecido se eleva como premisa (Miguez, 2011). Dichas estrategias son sustentadas en sus lógicas y fundamentos simbólicos por la sociedad toda, pero se encarnan en las tres instituciones por donde “circula” mayoritariamente la niñez: la Familia, la institución educativa y la institución médica.

Cabe señalar, que en las lógicas institucionales que legitiman los diagnósticos y la prescripción del psicofármaco, lo que aparece señalado es un mecanismo fuertemente aceitado entre la institución educativa y las prestaciones médicas, en el cual pediatras, psiquiatras, maestras y directores/as de los centros educativos entran en contacto para facilitar y acelerar el diagnóstico y la medicación, en circunstancias prescindiendo de la participación de las familias (Miguez, 2011).

Es menester mencionar que la publicación de esta Tesis tuvo un fuerte impacto en distintas esferas de la sociedad uruguaya: la academia, los medios de comunicación masivos y en la institución educativa; específicamente a la interna de primaria. Se pudo constatar durante el desarrollo de campo de la presente investigación que el trabajo de Miguez es conocido por buena parte de los actores de primaria, así como que el mismo fue para algunos recepcionado en términos de “denuncia”, teniendo como efecto que dentro de la institución el tema cobrará mayor relevancia y se lo maneja con mayor reserva.

Esta autora, otorga otro antecedente interesante, en tanto como coordinadora del “Grupo de Estudio sobre Discapacidad” (GEDIS) de la Facultad de Ciencias Sociales, orientó en 2006 una investigación denominada “Los hijos de Rita Lina”. Si bien es una investigación que aporta insumos no desdeñables, se centra específicamente en el uso del metilfenidato (Ritalina) en niños diagnosticados con TDAH, y se hace foco en los procesos identitarios que desarrollan los niños en estas situaciones.

Como producción nacional, también es pertinente mencionar la tesis de maestría de Andrea Morteo (2015), en la cual, si bien se pone el foco en la adolescencia amparada por el INAU (y no en la infancia), se reconoce la naturalización de la intervención psiquiátrica como elemento constitutivo de la respuesta de amparo. A su vez, se identifica que la intervención psiquiátrica consiste básicamente en la prescripción de psicofármacos, diferenciándose de otras terapéuticas.

A su vez, nos encontramos con una publicación en la revista arbitrada de la Facultad de Psicología de la UDELAR “Psicología, conocimiento y sociedad” de un artículo de la psicopedagoga argentina Gabriela Dueñas (2013). El mismo se titula “Importancia del abordaje clínico de los problemas de aprendizaje frente a la tendencia a medicalizar a las infancias y adolescencias actuales”, y resulta un antecedente importante por cómo se aboga por la importancia que las perspectivas provenientes de la clínica psicopedagógica y de la psicología educativa pueden tener en miras de pensar e intervenir en la problemática.

Se arguye en este artículo la importancia de que la Psicología como disciplina pueda desarrollar un enfoque clínico ante las problemáticas que la niñez exprese en el ámbito escolar, evitando una postura que quede capturada por el trabajo con la exteriorización superficial del problema (determinado como “signo” o “conducta”), para así poder rebasar este nivel y acceder a las dimensiones más profundas de las conflictivas de la infancia. Según la autora, si la Psicología tomara ésta última postura lograría trabajar con aquello que interroga al sujeto y debe ser descifrado, para lo cual se retoma el concepto de “síntoma”. (Dueñas, 2013). Ambas

modalidades descritas son fundamentales para la presente investigación en tanto se van delimitando distintas formas posibles de posicionarse desde la disciplina psicológica.

Siguiendo la línea de esta persistente crítica a cierta forma de accionar y de percibir la problemática muy difundida en el accionar psicológico, que, como se expresó anteriormente, privilegia los signos y las entidades nosográficas (como el TDA/H) por sobre los sujetos que expresan dichos signos, encontramos varias publicaciones a nivel regional. En Argentina, la editorial NOVEDUC (Novedades educativas) ha publicado varias obras que ofician de insumos para la temática. Particularmente, Adrián Cannellotto y Erwin Luchtenberg coordinan la publicación de “Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión.” (2008), libro que emerge como producto de una investigación realizada de manera conjunta por el Observatorio Argentino de Drogas (SEDRONAR) y la Universidad Nacional de General San Martín. En dicha publicación un artículo de la Psicóloga Beatriz Janin (2008) se estima como muy pertinente en tanto ahonda y delimita claramente las mismas dos formas posibles y antagónicas de posicionarse desde el campo de la salud mental ante los “problemas de conducta” de los niños que emergen en el campo educativo:

“Las dos posiciones en relación a la desatención y la hiperactividad pueden resumirse de la siguiente manera:

1) Desatención, impulsividad e hiperactividad son tres aspectos que señalan la existencia de una patología determinada de etiología orgánica en la que el ambiente es sólo el facilitador, pero no el promotor. El tratamiento es farmacológico y de aprendizaje de conductas, tanto por parte del niño como de sus padres.

2) Desatención, impulsividad e hiperactividad son conductas que pueden ser entendidas como signos, señales de conflictivas que muchas veces exceden al niño mismo. La etiología de estos signos o síntomas es compleja –no puede reducirse a un solo elemento– y la prevalencia actual de estas conductas se debe a cuestiones socio-culturales, educativas, etcétera. El tratamiento variará según cuáles sean las determinaciones en juego, que generalmente abarcan el funcionamiento psíquico del niño y el entorno familiar y escolar”. (p. 115)

De esta manera, Janin señala las claras diferencias entre la posición (aparentemente) dominante de aprehender toda anomalía conductual de los niños en el ámbito educativo en términos de déficits orgánicos o cuadros psicopatológicos a erradicar, y la postura de comprender a las mismas como productos de conflictos de un sujeto que acarrea un contexto socio-histórico singular y complejo que debe ser develado. La primera posición es tildada de “operación

desubjetivante”, y se identifica a varios psicólogos del mencionado país actuando en función de tal postura (Janin, 2008).

A su vez, se destaca un estudio realizado también durante el 2008 por la Secretaría para la Programación de la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico [SEDRONAR] y la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires [UBA] llamado “La medicalización de la infancia. Niños, Escuelas y Psicotrópicos”. En el mismo se alerta sobre la tendencia creciente de las escuelas a derivar situaciones directamente a neurólogos o psiquiatras con el fin de que sus alumnos sean medicados. Esta tendencia cuantitativamente muy significativa generó que varios profesionales involucrados en el área manifestaran su preocupación y publicaran artículos sobre la temática; así como también desencadenó la reacción del parlamento argentino de aquel entonces que manifestó su preocupación por el fenómeno. También se destaca el artículo de Faraone y colaboradores (2009) que identifican a la industria farmacéutica como el actor principal para explicar el aumento de los diagnósticos de TDAH, así como la creciente prescripción de Metilfenidato de cocaína. Se arroja como resultado de la investigación que tal industria desplaza y rebasa el quehacer de los médicos en estos procesos, y elaboran diversas estrategias de marketing dirigidas hacia los médicos, pero también directamente hacia los usuarios, hacia los diversos actores de la comunidad educativa y hacia los líderes de opinión (referentes en las comunidades científicas y profesionales).

A nivel mundial se encuentran publicaciones muy valiosas en tanto aportan a algunas aristas del problema de la medicalización de la infancia más allá de que varias no trabajen particularmente la temática del accionar de los psicólogos. Así, entre otras, se destaca al psicólogo español Carlos Mas Pérez (2009), quien desarrolla desde un enfoque clínico las complicaciones que conlleva un diagnóstico certero del TDAH, y advierte sobre los riesgos de su uso indiscriminado y masivo. En tanto, desde Colombia, tanto los aportes de Gómez-Mendoza & Alzate-Piedrahíta (2014), como los de Uriel Espitia (2006), abordan cómo el estatuto del niño post “Convención de los Derechos del Niño” de 1989 se vio modificado en nuestras sociedades, las cuales continúan desdibujando la otrora firme barrera entre mundo infantil y mundo adulto; colocando a los niños como consecuencia en otro lugar subjetivo.

Por último, resulta importante señalar que desde la Facultad de psicología se ha visto en los últimos años una importante producción sobre la temática de la medicalización de la infancia a partir de los Trabajos de Final de Grado (TFG) de los estudiantes de la licenciatura. Estas monografías no son investigaciones ni realizan trabajo de campo, pero son interesantes exploraciones sobre la temática. De esta manera, en el período comprendido entre 2014-2017 se

encuentran 6 producciones monográficas sobre la temática. Dos de ellas resultan de especial interés: la monografía de Angela Ravera “Reflexiones sobre prácticas educativas medicalizadas” (2016), en la cual siguiendo la línea de Miguez (2011) identifica la facilidad con la que la institución escuela adopta lógicas propias de la medicalización debido a su finalidad históricamente disciplinadora, en consonancia con el resto de la sociedad contemporánea que demanda soluciones médicas a problemas de la cotidianeidad que otrora quedaban fuera de la órbita de la salud. A su vez, coloca a los docentes de las escuelas como el primer eslabón en varios procesos que culminan en el consumo de psicofármacos por parte de los niños, ya que, según afirma, estos realizan las tareas del pre-diagnóstico y la derivación. Por su parte, Valeria Fernández con su trabajo monográfico “Reflexiones en torno al uso de psicofármacos en niños. Una aproximación a la situación de la ciudad de Artigas, Uruguay.” (2015), realiza un interesante paneo sobre la situación comprometida de nuestro país en esta temática, teoriza las diferencias entre medicalización, farmacéuticalización y patologización, y, sobre todo, además de explicar el rol que cumplen en este fenómeno la Familia, la Industria Farmacéutica y los medios de comunicación; describe en términos similares a la monografía anteriormente citada el importante rol de las Instituciones educativas quienes generalmente “detectan las problemáticas, solicitan ayuda psicofarmacológica, y luego reciben nuevamente al niño esperando cambios exitosos; este proceso se produce reiteradas veces y cotidianamente en los niños uruguayos”. (Ravera, 2015, p. 29).

2. Referentes Teóricos

2.1 Infancia

En la presente investigación se pretende comprender el concepto de “infancia” como un constructo, pasible de ser producido por ciertas condiciones de posibilidad que generaban determinado accionar de las instituciones propias de la modernidad. Actualmente, tal categoría se encuentra en cuestión como consecuencia de los profundos cambios que han venido experimentando tales instituciones, específicamente la Familia “nuclear” burguesa y la Escuela. Se pretende desarrollar consideraciones con respecto a tales cambios y vincularlos con las profundas mutaciones subjetivas que se considera están experimentando las infancias contemporáneas, algo fundamental para comprender la medicalización de la infancia que se desarrolla en el apartado posterior (2.2).

Por lo tanto, resulta pertinente detenerse en algunas consideraciones en torno a la noción de “infancia” y su estrecho vínculo con las instituciones que la producen como tal. Al respecto, Gómez-Mendoza & Alzate-Piedrahíta (2014) hacen un exhaustivo análisis de distintos corpus teóricos que las ciencias sociales han desarrollado en torno a la “infancia”. Estos autores observan que casi todos los desarrollos coinciden en destacar el surgimiento de la “infancia” como objeto privilegiado de intervenciones de las sociedades disciplinarias (influenciadas estas por el humanismo y el higienismo europeo), marcando un acontecimiento sustancial de la modernidad.

Las profundas modificaciones que el constructo social “infancia” y las instituciones que lo producen experimentan actualmente, se comprenderán tomando mayoritariamente como marco de referencia los aportes del filósofo e historiador argentino Ignacio Lewkowicz, de la semióloga también argentina Cristina Corea y de la investigadora compatriota de ambos Silvia Duschatzky. Los autores mencionados estudian un fenómeno que resulta sustancial para comprender las modificaciones institucionales respecto a los mecanismos productores de Infancia: el advenimiento del mercado como lógica reguladora por excelencia de lo social, con el concomitante reduccionismo del Estado.

La infancia, es entendida según dichos autores, como un conjunto heterogéneo de significaciones producidas durante la modernidad sobre la niñez por parte de los Estados nacionales y por dos de sus Instituciones básicas: la Escuela y la Familia nuclear burguesa. Es decir, que estas dos instituciones se combinaban para operar sobre el niño en términos de preparar el ciudadano del futuro. Estas significaciones derivadas de prácticas estatales de tutela, asistencia y control sobre la niñez, se asocian a la idea del niño como inocente, dócil y en período de latencia o espera (Lewkowicz y Corea, 1999). Por lo antedicho, se justifica lo ilustrativo de la

situación de la infancia como categoría estrechamente vinculada al desarrollo durante la modernidad de las sociedades disciplinarias.

Si se sigue la línea de estos autores, se encuentra una hipótesis bastante aventurada que sostiene que el panorama actual es el del agotamiento de las posibilidades del Estado-Nación y sus instituciones características para generar bases consistentes desde donde se diagramen los procesos subjetivos. Es decir que no estaríamos meramente ante una reducción de las funciones del Estado-Nación, sino que, más que nada, estaríamos ante el desfundamiento de sus instituciones como pisos sólidos desde los cuales se produce subjetividad. Los autores dirán que la institución de la Familia en su organización nuclear, y – sobre todo – la institución escolar se “agotaron”, si se toma en cuenta sus funciones primarias interrelacionadas con el Estado-nación. Por lo tanto, el advenimiento de una subjetividad mercantil regida por el discurso massmediático produce sistemáticamente a la niñez lejos de las significaciones clásicas de la infancia

Este hecho, se explica por el desplazamiento que ha sufrido el Estado-Nación y sus instituciones productoras de ciudadanía en manos del mercado y sus procesos de producción de formaciones subjetivas caracterizadas por la práctica del consumo:

“Destaquemos en primer término una alteración fundamental en el suelo de constitución subjetiva: el desplazamiento de la promesa del Estado por la promesa del mercado. Ya no se trata de ciudadanos sino de consumidores. El historiador Lewkowicz sostiene que asistimos al agotamiento del Estado-nación; la potencia soberana del Estado fue sustituida por la potencia soberana del mercado. El Estado-nación, forma clave de la organización social durante los siglos XIX y XX, se muestra impotente para orientar el devenir de la vida de las personas. A diferencia del Estado, el mercado no impone un orden simbólico articulador, un sustrato normativo que comprende a todos por igual”. (Corea & Duschatzky, 2002, p. 21).

El mencionado Lewkowicz, analizó pormenorizadamente las implicaciones institucionales del advenimiento del mercado como lógica reguladora por excelencia de lo social, con el concomitante reduccionismo del Estado. Destaca con dicho análisis el agotamiento de la capacidad aglutinadora del Estado para con las demás instituciones “subordinadas” a él, al dejar de funcionar como metainstitución sobre la cual éstas se apuntalan.

Desde el análisis del discurso y el método genealógico, Lewkowicz ilustró cómo durante la modernidad, los Estados nacionales fundamentaron la existencia de los hombres en su ligazón con las Instituciones disciplinarias.

“Ahora bien, estas instituciones se apoyaban en la metainstitución Estado-nación. Y ese apoyo era el que les proveía sentido y consistencia integral. Pero la articulación institucional no terminaba ahí. Los dispositivos disciplinarios (la familia y la escuela, por ejemplo) organizan entre sí un tipo específico de relación. Deleuze en “Posdata sobre las sociedades de control” denomina a esa relación analógica. Este funcionamiento, que consistía en el uso de un lenguaje común por parte de los agentes institucionales, habilitaba la posibilidad de estar en distintas instituciones, bajo las mismas operaciones. Dicho de otro modo, la experiencia disciplinaria forjaba subjetividad disciplinaria.

Ahora bien, esta correspondencia analógica entre las marcas subjetivas producidas por las instituciones era la que aseguraba la relación transferencial entre ellas. Así, cada una de las instituciones operaba sobre las marcas previamente forjadas”. (Lewkowicz, 2004, p. 20)

Es desde esta coordinación entre las instituciones modernas y su especie de subordinación al Estado-Nación como metainstitución, que se modula un tipo subjetivo específico: el ciudadano. Se explica cómo cada una de las instituciones de encierro opera sobre marcas subjetivas forjadas por otras instituciones. Es más, las instituciones de encierro se encuentran vinculadas tan estrechamente entre sí porque para actuar, suponen las marcas de las otras instituciones sobre los sujetos.

Es una sociedad disciplinaria donde la correspondencia de funcionamiento entre las distintas instituciones es vital y garantizada por el desarrollo del Estado nacional. Así, se define al ciudadano por su vínculo con la ley (que debe ser igual para todos ellos), se homogeniza a los grupos mediante el encierro, se los vigila y castiga mediante la operación del poder en el dispositivo panóptico. Esto trae aparejado cierto tipo de sufrimiento institucional asociado a la alienación y al deseo de emanciparse. También es reconocida la “obsesión” institucional por normalizar, y, concomitantemente, la patologización del desvío y la diferencia (fenómeno a tener en cuenta para pensar la medicalización de la infancia).

Ahora bien, el análisis de Lewkowicz (2004) no queda circunscripto a una historización de este funcionamiento, sino que por el contrario se pregunta por las modificaciones que experimentan las instituciones y sus productos subjetivos, en tiempos en los que el mercado se erige como regulador primordial de la vida y los intercambios sociales, con las reestructuraciones en las modalidades de producción y desarrollo que ya se nombraron. Esto cobra relevancia en la presente investigación para pensar las producciones subjetivas de la niñez contemporánea, debido a que ante la ausencia de operatividad de un Estado-Nación que funcione de articulador

simbólico entre las instituciones disciplinarias, el funcionamiento de las mismas y los procesos subjetivos que de ellos advienen se ven profundamente trastocados. Cabe hacer foco en el cuestionamiento por estas modificaciones.

Brevemente, se dirá que en las instituciones se ven transformadas sus capacidades de instituir significaciones acordes con leyes más estables y en concordancia con las demás instituciones (el vínculo analógico entre ellas deviene obsoleto); para pasar a regirse según reglas de carácter más inmanentes, según como se vaya instituyendo la situación. Es en este sentido que Duschatzky y Corea hablan de “subjetividad en situación”: “Hemos visto que la subjetividad ya no depende de las prácticas y discursos institucionales, sino que sus marcas se producen en el seno de prácticas no sancionadas por las instituciones tradicionales como la escuela y la familia” (2002, p. 31).

Tanto Corea, como Duschatzky como Lewkowicz, son bastante radicales en su teorización al decretar el agotamiento del Estado-Nación en sus funciones clásicas y al afirmar que concomitantemente las instituciones disciplinarias se han convertido en “galpones”; en tanto, si bien siguen operando y teniendo capacidad instituyente, las condiciones no están dadas para que cumplan con las funciones que se les ha adjudicado históricamente. Si la producción subjetiva dominante es la del consumidor y no la del ciudadano, cierta inercia institucional lleva a seguir presuponiendo un conjunto subjetivo que ya no está, y actuar en función de este inexistente.

“Entonces las instituciones ya no son las mismas. Sin meta-regulación estatal quedan huérfanas de la función que el Estado-nación les transfirió (producción y reproducción del lazo social ciudadano). Sin proyecto general donde implicarse, será necesario pensar nuevas funciones, tareas, sentidos. Por otra parte, tampoco son las mismas porque las condiciones generales con que tienen que lidiar no son estatales sino mercantiles, no son estables sino cambiantes. La velocidad del mercado amenaza la consistencia ya fragmentada de las instituciones, nacidas para operar en terrenos sólidos. De esta manera –sin función ni capacidad a priori de adaptarse a la nueva dinámica-, se transforman en galpones. Esto es, en un tipo de funcionamiento ciego a la destitución de la lógica estatal y a la instalación de la dinámica de mercado. Vale decir, que esta ceguera compone un cuadro de situación donde prosperan suposiciones que no son tales, subjetividades desvinculadas, representaciones e ideales anacrónicos, desregulaciones legitimadas en nombre de la libertad, opiniones variadas, etc. Se trata, en definitiva, de configuraciones anómicas que resultan de la destitución de las regulaciones nacionales, (...) si una

institución cualquiera dispone de un instituido que, si bien aliena a sus componentes, también los enlaza, el galpón carece de semejante cohesión lógica y simbólica. En este sentido, se trata de un coincidir puramente material de los cuerpos en un espacio físico. Pero esta coincidencia material no garantiza una representación compartida de los ocupantes del galpón”. (Lewkowicz, 2004, pp. 32-33).

Por su parte, Corea y Duschatzky (2002) particularizan la aseveración en el caso de la institución escuela. Consecuentemente, afirman que la escuela durante la modernidad basó su funcionamiento en una ficción discursiva alfabetizadora e integradora que (más allá de su realización o no en el terreno fáctico) tenía fuerza suficiente como para constituirse en un pilar fundamental en los mecanismos de producción de subjetividad. Sin embargo, es tal potencial el que se encuentra cuestionado actualmente:

“La destitución simbólica de la escuela hace alusión a que la “ficción” que ésta construyó mediante la cual eran interpelados los sujetos dejó de tener poder performativo” (...) Lo que sugerimos con la hipótesis de la destitución de la escuela es que se percibe una pérdida de credibilidad en sus posibilidades de fundar subjetividad. Sin embargo, en ese sustrato de destitución, como dijimos, no todo se desvanece. No se trata de una desaparición absoluta de la subjetividad sino, de la desaparición de algunos tipos subjetivos, de algunas posiciones de enunciación, de algunos recursos y lógicas que se revelan estériles para hacer algo en esta situación” (pp. 81-82).

También podemos encontrar en otros enfoques, como el de Bauman, el decreto de “defunción” de las instituciones disciplinarias en su funcionalidad de erigirse como las grandes instancias sociales de producción de subjetividad. En consonancia con los planteos sobre lo líquido y lo sólido, el sociólogo polaco también vincula este fenómeno con la necesidad del sistema social de producir subjetividades en sintonía con el actor protagónico del nuevo escenario social: el consumidor:

“El tipo de entrenamiento en que las instituciones panópticas se destacaron no sirve para la formación de los nuevos consumidores. Aquellas moldeaban a la gente para un comportamiento rutinario y monótono, y lo lograban limitando o eliminando por completo toda posibilidad de elección; la ausencia de rutina y un estado de elección permanente, sin embargo, constituyen las virtudes esenciales y los requisitos indispensables para convertirse en auténtico consumidor. Por eso, además de ver reducido su papel en el mundo postindustrial posterior al servicio militar obligatorio, el adiestramiento brindado por las instituciones panópticas resulta inconciliable con una sociedad de consumo. El

temperamento y las actitudes de vida moldeados por ellas son contraproducentes para la creación de los nuevos consumidores” (Bauman, 2000, p.45).

Especificando aún más sobre las repercusiones de dichos cambios institucionales en las subjetividades de la infancia, se puede aseverar continuando esta línea argumental que el niño no está siendo actualmente producido como un ciudadano del futuro, sino como un consumidor del “ahora”. Desde la producción de dicho discurso, la docilidad es estimulada a trocarla por rebeldía, y no se fomenta la espera y preparación para el acceso a otro mundo (mundo adulto, mundo laboral), en tanto el niño ya está inmerso en el intercambio de objetos de consumo a la par que sus adultos. Se desdibuja así la frontera forzosamente trazada por la burguesía moderna entre mundo adulto y mundo infantil.

Como también explica en la misma línea Uriel Espitia (2006):

“Asistimos entonces a un cambio en el estatuto o la condición actual de la niñez, porque parecen haberse disuelto las diferencias simbólicas que antes existían entre los adultos y los niños. Las nuevas identidades infantiles y juveniles acicateadas por el mundo de la imagen digital, persiguen anhelados mundos de ficción, sin atender a los principios de separación, de espera o de progreso con que se caracterizaban antes la niñez y la juventud. Los medios masivos de comunicación y especialmente la televisión, así como las nuevas tecnologías y sus técnicas de realidad virtual han contribuido a homogeneizar la experiencia de niños y adultos, posibilitando que los niños socialicen en parte a los adultos en un estado de novedad permanente y desrealización del presente, producido por la institución imaginaria de la sociedad de la información. (p. 227)

Para el trabajo analítico de la presente investigación es necesario tener en cuenta que las instituciones de encierro (como podrían ser en este caso la Escuela y la Familia nuclear) podrán continuar actuando presuponiendo una subjetividad que, sin embargo, se ha modificado radicalmente en sus formas de constitución. Si nos basamos en los desarrollos de los autores mencionados, la Escuela, por ejemplo, podrá seguir esperando aquel alumno dócil ya modulado para sostener el dispositivo clásico del aula, con modos de accionar prácticamente incambiados. Podrá reprochar a la familia cuando se encuentre ante un niño que no se condice con las significaciones aún imperantes sobre la infancia, e incurrirá a sus mecanismos de castigo de la desviación a la norma, por más que esa norma esté cada vez más ausente como patrón regulador (Lewkowicz, 2004). Por lo tanto, para analizar el accionar de algunos agentes del sistema educativo sobre la niñez escolarizada hay que tener en cuenta que:

“Si lo que denominamos institución infancia es el producto de las operaciones prácticas de unos discursos sobre la familia y su consistencia imaginaria a la infancia en el universo burgués, lo que se nos presenta hoy como sintomático es el desacople entre esos discursos y su real, porque ese real ha mutado históricamente. El horror ante la infancia violenta se produce sobre la base de una representación agotada en sus efectos prácticos: la niñez concebida como edad de inocencia, fragilidad y docilidad.” (Lewkowicz y Corea, 1999, p. 24).

2.2 Medicalización de la(s) infancia(s)

El fenómeno de la medicalización

La medicalización de las sociedades es un proceso insoslayable de las sociedades contemporáneas estudiado por varios autores, dentro del cual la infancia es un blanco privilegiado sobre el que se despliegan múltiples prácticas. Si bien es posible encontrar múltiples definiciones de este fenómeno por parte de diversos autores, todos hacen alusión al pasaje de problemas cotidianos del existir humano a la órbita del accionar médico u otras profesiones afines del campo de la salud. Resulta bastante completa la definición de Marisa Germain (2007) quien sin dejar de alertar sobre lo vago que puede resultar el término “medicalización” lo define como:

“los procesos por los cuales en las sociedades occidentales modernas de los últimos dos siglos sobre todo se han ido integrando como objetos y campos propios de las disciplinas, instituciones y saberes “médicos”, prácticas sociales, objetos y cuestiones que con anterioridad no eran remitidas al terreno de lo “médico”, ni problematizadas en relación con la salud” (pp. 6-7).

Asimismo, Germain (2007) genealogiza el término ubicando los primeros desarrollos sistemáticos sobre el concepto desde la segunda mitad del siglo XX, y señalando que en los primeros momentos se realizaron aportes distintos pero simultáneos desde lo que identifica como vertiente francesa y vertiente angloamericana.

Relacionado a la primera vertiente, encontramos en la vasta obra de Michel Foucault, en el marco de sus innovadores y lúcidos análisis del poder, una genealogización de la expansión que el saber y el poder médico tuvieron, diseminándose los mismos desde la esfera de las enfermedades hacia prácticamente todos los territorios existenciales de la vida humana. (Foucault, 2008).

El filósofo francés resulta fundamental en tanto explica cómo la medicina fue clave en la instauración progresiva de un control y preocupación constantes sobre la salud del cuerpo individual y el cuerpo poblacional de las sociedades modernas. Esta disciplina se erigió como una referencia fundamental en las estrategias de control y regulación anatómica y biopolíticas que desarrollaron los Estados modernos (Foucault, 2008). La medicina es referencia en dos tipos de tecnologías propias de las sociedades de la modernidad: “tecnologías disciplinarias del cuerpo y tecnologías regularizadoras de la vida” (Germain, 2007, p. 8.). Por lo tanto, ya sea para el control disciplinario del cuerpo individual, ya sea para el control poblacional, el saber médico emerge con fuerza como aliado del Estado moderno y sus instituciones, actualmente con la premisa del biopoder de “hacer vivir”.

Resulta sustancial entonces, atender a la línea historizante sobre la permeación que las prácticas y el saber médico tuvieron en la vida cotidiana de los sujetos; en tiempos de consolidación de los Estados Nacionales y del inicio de sus estrategias gubernamentales de control poblacional. Como explica la propia Germain (2007):

“La medicina social, así como el alienismo y el higienismo, que emergen durante los siglos XVII y comienzos del siglo XIX y articulan una tecnología general del “cuerpo social”, constituyen corrientes para las que la medicina reconoce múltiples objetivos, no sólo estudiar y curar enfermedades, sino también procurar el mantenimiento ordenado de la trama social (el control y la persistencia de poblaciones). De allí que tanto el alienismo como el higienismo se den como tarea la formación de cuadros -nosográficos- en que se ordenan signos destinados a distinguir comportamientos patológicos de las condiciones socialmente deseables, así como la formación sistemática del recurso especializado para esas tareas” (p. 10).

Foucault reconoce a la medicina como una tecnología que siempre fue social, y desde su gran impulso en el siglo XVIII hasta la época en la cual escribe instauró una lógica de cuidado de la salud, de la mano de un Estado que fue paulatinamente erigiéndose como garante obligatorio del buen estado de salud de sus ciudadanos. Por lo tanto, podría afirmarse siguiendo a este autor que en la actualidad se vive en una somatocracia, fenómeno que viene gestándose desde el siglo XVIII y que sustituye el cuidado del Estado por las almas de sus ciudadanos por el de la salud: “Vivimos en un régimen en que una de las finalidades de la intervención estatal es el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre las enfermedades y la salud”. (Foucault, 2008, pp. 44-45).

El filósofo Frances definió como “medicalización indefinida” (Foucault, 2008) el movimiento por el cual la medicina se expandió de su campo de acción tradicional para ocupar cada vez más espacios de la vida social del ser humano. Como consecuencia, “la medicina responde a otro motivo que no es la demanda del enfermo, cosa que solo acontece en casos más bien limitados. Con mucha más frecuencia la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad” (Foucault, 2008, p. 49).

En su genealogización, Foucault (2008) reconoce la ampliación de la medicina del campo clínico al campo social o del terreno de las enfermedades a otros múltiples ámbitos (la salud, la sexualidad, la higiene, el urbanismo, etc.) desde el siglo XVIII a esta parte, pero marca como diferencia que en el siglo XX la expansión de la medicina y sus lógicas es tal que no parece tener campo exterior: ningún ámbito de la existencia humana parece quedar por fuera de su intervención. Además, esta expansión se funde con la impronta médica propia de la modernidad de marcar una sociedad de la norma, una distinción constante entre lo normal y lo anormal. La medicina es una práctica eminentemente social con tecnologías dirigidas a todo el cuerpo poblacional, siendo la práctica dual médico-paciente solo uno de sus aspectos, y que aun así no escapa a su carácter más genérico de la medicina científica desarrollada desde la modernidad a esta parte. Y como agregado, debe mencionarse que sus procedimientos involucran a todo el cuerpo poblacional, no únicamente para ocuparse de la prevención de las enfermedades, sino que se ocupa de fomentar ciertas prácticas asociadas a la salud en el mismo.

En esta línea de señalar la importancia de la medicina para delimitar normas sociales y la importancia de esta en el terreno de la gestión del orden social, encontramos también desde la vertiente francesa los aportes de Fassin (1998), quien afirma que:

“Si, a nivel cultural, la medicalización de la sociedad corresponde a la reformulación de problemas sociales en términos de la medicina, se puede agregar que, en el plano político, implica la legitimación de esa reformulación. (...) El lenguaje médico es también una forma cada vez más legítima de expresión de lo político. A las tensiones y conflictos de lo social, aporta las condiciones de un acuerdo mínimo. Opera como un medio de pacificación de la sociedad. La legitimidad del lenguaje médico se extiende a todos los dominios de lo político” (Fassin, citado en Germain, 2007, p. 13)

Por su parte, en la vertiente americana, encontramos los aportes de Szasz y Friedson que también van en la línea de historizar cómo la medicina sustituyó la práctica religiosa como modo de control social privilegiado de los Estados modernos sobre el cuerpo individual y fomentar socialmente el valor de la salud como algo que debe ser perseguido, así como sancionado e

intervenido en el caso de anormalidad. Por su parte, Ivan Illich ubica a la medicina como una intervención que obedece a la racionalidad instrumental propia de la modernidad y del sistema capitalista, relacionándola con la mercantilización de las sociedades. (Germain, 2007).

Todas estas estrategias orientadas a garantizar el orden social y el mantenimiento de las fuerzas productivas necesarias para el desarrollo capitalista son de vital importancia no solo por su vigencia (más allá de las modificaciones que experimentaron en la modernidad tardía), sino porque también tuvieron su correlato en nuestro país, en el cual asistimos a principios del Siglo XX a la diseminación de la práctica médica como asistencia privilegiada para un Estado que se planteó el pasaje de la sociedad “bárbara” a la forma de sensibilidad “civilizada” (Barran, 1993).

Medicalización de las infancias contemporáneas en la era de la industria farmacéutica

La mayoría de los estudios citados en el apartado anterior son cercanos a la década de los años '70 del siglo pasado. En tal periodo, la medicalización se conceptualizó en relación al Estado y se comenzaba a avizorar el estrecho vínculo que tenía también con las lógicas capitalistas del mercado. Por ejemplo, Foucault (2008) analizó el vínculo de la medicalización con lo que él denominó “economía política de la medicina”:

“Pero lo que resulta peculiar en la situación actual es que la medicina se vinculó con los grandes problemas económicos a través de un aspecto distinto del tradicional. En otro momento lo que se exigía a la medicina era el efecto económico de dar a la sociedad individuos fuertes, es decir, capaces de trabajar, de asegurar la constancia de la fuerza laboral, su mejoramiento y reproducción. Se recurrió a la medicina como a un instrumento de mantenimiento y reproducción de la fuerza laboral para el funcionamiento de la sociedad moderna.

En la actualidad la medicina entronca con la economía por otro conducto. No simplemente porque es capaz de reproducir la fuerza de trabajo sino porque puede producir directamente riqueza en la medida en que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros. La salud en la medida en que se convirtió en objeto de consumo, en producto que puede ser fabricado por unos laboratorios farmacéuticos, médicos, etc., y consumido por otros -los enfermos posibles y reales- adquirió importancia económica y se introdujo en el mercado.

El cuerpo humano se vio doblemente englobado por el mercado: en primer lugar, en tanto que cuerpo asalariado, cuando el hombre vendía su fuerza de trabajo, y en segundo lugar

por intermedio de la salud. Por consiguiente, el cuerpo humano entra de nuevo en un mercado económico, puesto que es susceptible a las enfermedades y a la salud, al bienestar o al malestar, a la alegría o al sufrimiento, en la medida que es objeto de sensaciones, deseos, etcétera”. (p. 52).

Ahora bien, lo que resulta necesario aquí es poder dar cuenta de cómo los procesos de medicalización se han visto, desde las últimas décadas del siglo XX hasta la actualidad, metamorfoseados por la brutal expansión de la prolífica industria farmacéutica y la reestructuración capitalista que pautaron una marcada mercantilización de la salud. Como efecto, se tornó muy evidente que la medicalización como fenómeno político podía rebasar la intervención técnica-profesional del médico, pasando a ser la esencia de sus prácticas el consumo de fármacos (con la mediatización o no de un agente de la salud).

Se quiere decir que el exponencial aumento de la industria farmacéutica a nivel mundial (una de las industrias más lucrativas a nivel global) ha generado rápidamente que la salud sea una esfera a la que en ocasiones se prescinde de profesionales y se la atiende meramente mediante el consumo de fármacos. Otras veces, la intervención de un profesional de la medicina pasa mayoritariamente por la prescripción del fármaco que considera más adecuado. El efecto es que cada vez la medicalización se parece más a una “medicamentización” (Faraone et al, 2008) o a una “farmaceuticalización” (Abraham, 2010), en tanto el mandato por el cuidado de la salud se equipara al consumo de fármacos, siendo el marketing y el lobby de la industria farmacéutica fundamental para explicar este proceso.

Como impacto en la esfera subjetiva, se puede decir que impera actualmente la lógica de erradicar el malestar a través de soluciones fáciles y rápidas, lo que sedimenta el terreno para el consumo de objetos-fetichismo. Dicha lógica imperante redundante en la tendencia a homologar la intervención médica con la prescripción de fármacos (Stolkiner, 2012). Como explica Pinafi (2013):

“la cuestión del consumo de psicofármacos no es ajena a la incidencia del discurso capitalista que ha impregnado la subjetividad contemporánea a través del hedonismo de masas y el fetichismo de la mercancía generalizada. En ese sentido, la exigencia del máximo rendimiento y de la mejor *performance* social acaba por tornar a los individuos susceptibles al consumo de psicofármacos como medio legítimo de obtener alivio al sufrimiento psíquico de modo rápido y eficaz, con la intención de mantener asegurada su integración sociolaboral”. (p. 81)

De esta manera, los cambios en las nuevas formaciones subjetivas mayormente vinculadas a la instantaneidad, el mandato de felicidad constante y de ausencia del dolor, la valorización de la salud y el fomento al consumo; se retroalimentan y son indisociables de las lógicas de la industria farmacéutica que permean y diagraman cada vez más el fenómeno de la medicalización. Lógicamente, esto trae aparejado un cambio epistemológico no solo con respecto al proceso de salud-enfermedad, sino también en términos más generales en torno al malestar, el dolor y el sufrimiento (psíquico también), ya que cobran mayor fuerza teorías organicistas y biologicistas que allanen el camino a la (psico)farmacología, como se verá más adelante.

Queda entonces planteado el hecho de que la intervención médica (e incluso a veces se prescinde de esta) queda en la actualidad prácticamente homologada a la prescripción de fármacos, lo que genera que la medicalización este pautada por la “farmacologización y sobrefarmacologización”

En el campo de la infancia, el proceso medicalizador actual no estará regido entonces solamente por los movimientos patologizadores y normalizantes tradicionales de los niños, niñas y adolescentes (NNA), sino también por la preponderancia cada vez mayor de las herramientas psicofarmacológicas como respuesta privilegiada.

Se puede afirmar que la infancia es uno de los territorios en donde más se despliega el fenómeno de la medicalización, con algunas características propias. Así, podemos centrarnos en dos críticas que frecuentemente se realizan por parte de quienes estudian y teorizan sobre este tema: la tendencia a patologizar lo anómalo en el niño, realizando un perjudicial uso de la estrategia diagnóstica, y la predisposición a asumir rápidamente y sin evidencias suficientes de que la respuesta a tal problema pasará por una terapéutica erigida sobre el consumo de psicofármacos por parte del niño.

Sin duda uno de los ámbitos donde este fenómeno se presenta con mayor frecuencia es la Escuela, por lo que resulta fundamental para la presente investigación tener lo antedicho en consideración para comprender el auge de los supuestos “problemas conductuales” que presenta la niñez escolarizada.

Es por demás ilustrativo el aporte de Stolkiner (2012) cuando entiende que existe una operación de objetivación que consta de un triple movimiento: “individualizar el proceso de salud-enfermedad-cuidado, reducir el padecimiento psíquico a la psicopatología y ontologizar luego el cuadro psicopatológico” (p.35). Esto es un claro proceso de patologización de la manifestación del sufrimiento infantil o de aquello que puede entenderse como fuera de “lo normal” en las

infancias. Suele ocurrir en varios ámbitos por los que transcurre la vida del niño, entre ellos la escuela.

Pero en la infancia varios autores alertan no solo sobre la respuesta privilegiada basada en fármacos, sino sobre lo expuesta que queda cualquier manifestación de sufrimiento en la misma, existiendo una tendencia a rotularla con diagnósticos provenientes del ámbito de la salud. Una de las principales críticas que se les hace a los sobrediagnósticos pasa por el hecho de cómo estos obturan la escucha de una problemática más compleja, y cómo a su vez generan movimientos identificatorios de los niños con el rótulo o enfermedad que les fue impuesto. Nuevamente, Stolkiner (2012) es muy esclarecedora al respecto cuando refiriéndose a los diagnósticos afirma que:

“...tenemos una herramienta que no sirve para detectar los principales problemas de las infancias actuales. No obstante, en base a su aplicación se decide la prescripción de psicofármacos, cuyo efecto a largo plazo no es demasiado conocido y se afirma con supuesta científicidad que se trata fundamentalmente de un problema de base “orgánica”.”
(p. 38).

Resta mencionar que el Trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad (TDAH) ha sido el paradigma de este fenómeno de medicalización de las infancias apuntalada en un sobrediagnóstico de la subjetividad infantil contemporánea y en la sobrefarmacolización como fenómeno que coloca al fármaco como respuesta privilegiada. (Janin, 2006). A su vez, ha sido lo más significativo cuantitativamente, así como el analizador utilizado por varios autores que se han dedicado a estudiar la temática de la medicalización de las infancias contemporáneas.

2.3 Prácticas psicológicas y gubernamentalidad

Breve historia de la Gubernamentalidad

El ya mencionado filósofo Michel Foucault introducirá el término “gubernamentalidad” en el marco de sus seminarios en el College de France en el año 1978, marcando un importante punto de inflexión en sus estudios sobre el poder. Partiendo del análisis del desarrollo que tiene el pastorado, y continuando con la apropiación que hace el cristianismo de esta forma de conducción de las almas para expandirlo por occidente hasta situarlo en el corazón mismo del ejercicio de la política, Foucault se abocará a estudiar nuevas formas de manejar las conductas que lo llevaran a las distintas prácticas de gobierno y su relación con el Estado (más específicamente con la razón de Estado). (Foucault, 2006)

Este es un período de la obra del filósofo francés en la cual va a complementar sus trabajos sobre las sociedades disciplinarias (o de normalización) y sus instituciones (escuela, fábrica, iglesia, ejército, hospital, etc.), que ejercen sobre el cuerpo individual diversas acciones de control y castigo que pueden ser comprendidas con el concepto de anatomopolítica. Muchas obras interesantes del autor dan cuenta pormenorizadamente de este poder disciplinario ejercido sobre el cuerpo con fines de normalización. Siempre se mantiene una concepción del poder ejerciéndose en relación, encontrándose diseminado por toda la red de relaciones y no centralizado. Además, se le atribuye una función productiva que rebasa lo meramente represivo.

El complemento a estos análisis a los que Foucault dedicó varios años de su producción se suscitará como consecuencia del interés que empieza a tener por aquello que nomina con la noción de biopoder, es decir, el poder sobre la vida. A partir de entonces, Foucault analizará además de la anatomopolítica que se ejerce sobre el cuerpo individual, la biopolítica que se ejerce sobre un nuevo objeto que es la población en su conjunto. Esta aparición de los aspectos vitales de la población como objeto privilegiado de una nueva modalidad de ejercicio del poder (con el concomitante desarrollo de diversos saberes y disciplinas científicas, destacándose la economía política) se la ubica en el correr del siglo XVIII; y para comprender cómo se desarrolla en el marco de las consolidaciones de los Estados liberales modernos son fundamentales la noción de gobierno y, más precisamente de gubernamentalidad.

Para Foucault (2006) el problema del gobierno como modalidad de conducción de las almas “estalla” en el siglo XVI, con dos procesos disimiles como los son la consolidación de los grandes Estados territoriales y la reforma protestante en el seno del cristianismo (con la ulterior contrarreforma). Pero es a partir del S XVIII cuando el arte de gobernar adquiere otra dimensión política con la introducción del problema de la población y las teorías económicas sobre esta. Así cobran otra dimensión todas las tácticas, estrategias y pluralidad de lógicas de gobierno ligadas al Estado. La población “aparecerá como meta última por excelencia del gobierno” (p.132), sin remplazar a la disciplina, sino por el contrario, dándole otro relieve y minucia; otra especificidad.

En estos estudios es donde la gubernamentalidad toma un lugar central en los análisis de Foucault, como él mismo señala en el seminario de 1978 (Foucault 2006):

“En el fondo, si hubiese querido dar al curso propuesto este año un título más exacto, con seguridad no habría elegido “Seguridad, territorio, población”. Lo que querría hacer ahora, si tuviera verdadero interés en hacerlo, es algo que llamaría una historia de la “gubernamentalidad”” (p. 135-136)

Aparecerán entonces tres conceptos manejados por Foucault que se consideran fundamentales para historizar y comprender el advenimiento de distintas disciplinas y prácticas (entre ellas las prácticas psicológicas) desde el punto de vista inaugurado para el análisis del poder: gubernamentalidad, Estado y gobierno. Siendo el primero el que más compete a este trabajo y al que Foucault da más importancia, podemos esclarecerlo a través de la suerte de definición que da Foucault (2006), a saber:

“Con esta palabra, “gubernamentalidad”, aludo a tres cosas. Entiendo el conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esa forma bien específica, aunque muy compleja, de poder que tiene por blanco principal la población, por forma mayor de saber la economía política y por instrumento técnico esencial los dispositivos de seguridad. Segundo, por “gubernamentalidad” entiendo la tendencia, la línea de fuerza que, en todo Occidente, no dejó de conducir, y desde hace mucho, hacia la preeminencia del tipo de poder que podemos llamar “gobierno” sobre todos los demás: soberanía, disciplina, y que indujo, por un lado, el desarrollo de toda una serie de aparatos específicos de gobierno, (y por otro) el desarrollo de toda una serie de saberes. Por último, creo que habría que entender la “gubernamentalidad” como el proceso o, mejor, el resultado del proceso en virtud del cual el Estado de justicia de la Edad Media, convertido en Estado administrativo durante los siglos XV y XVI, se “gubernamentalizó” poco a poco”

En esta cita, además de las puntualizaciones sobre la noción de gubernamentalidad, se encuentra el planteo de dos problemas sobre los que Foucault trabajará: el del Estado y el del gobierno. Sobre el primero, hasta entonces soslayado en los análisis de Foucault (a pesar de ocuparse minuciosamente de los problemas del poder) dirá que está sobrevalorado en su función, y, consecuentemente con su interés por no fomentar una visión centralista del poder (sino más bien una capilar), afirmará que lo que realmente importante es la gubernamentalización del Estado, o sea, sus tácticas de gobierno: “Lo importante para nuestra modernidad, es decir para nuestra actualidad, no es entonces la estatización de la sociedad sino más bien lo que yo llamaría “gubernamentalización” del Estado” (Foucault, 2006, p. 137).

Con respecto al gobierno, es muy importante cómo genealogizando el desarrollo de la pastoral cristiana, identificará un nuevo tipo de poder que se consolida en Occidente en el siglo XVIII para conducir a la población (sus almas, pero luego sus cuerpos, sus actividades, su salud, etc.), presentando algunas particularidades. El pastorado es un modelo de poder que se origina

en las religiones del oriente mediterráneo, que se disemina por la civilización occidental por intermedio de la Iglesia Cristiana y que es reconfigurado luego en la esfera política.

Por lo tanto, será importante mencionar algunas cuestiones relativas al pastorado cristiano, entendiéndolo como preludeo del gobierno en su forma de desarrollarse como poder y de consolidarse en la actualidad como la forma de poder que se ejerce de forma predominante. En primer lugar, destacar que “la idea de un poder pastoral es la idea de un poder ejercido sobre una multiplicidad y no sobre un territorio. Es un poder que guía hacia una meta (...) es un poder finalista”. (Foucault, 2006, p. 158). A su vez, el gran desarrollo de la iglesia como institución es indispensable para comprender la diseminación y lo abarcativo del pastorado como modelo de poder que luego tomará la política en toda su dimensión:

“...un proceso por el cual una religión, una comunidad religiosa, se constituyó como Iglesia, es decir, como una institución con pretensiones de gobierno de los hombres en su vida cotidiana, so pretexto de conducirlos a la vida eterna en el otro mundo, y esto a escala no sólo de un grupo definido, no sólo de una ciudad o un Estado, sino de la humanidad en su conjunto. Una religión que pretende de ese modo alcanzar al gobierno cotidiano de los hombres en su vida real con el pretexto de la salvación y a escala de la humanidad: eso es la Iglesia, y no existe ningún otro ejemplo en la historia de las sociedades. Creo que con esta institucionalización de una religión como Iglesia se forma -y debo decirlo de manera bastante sucinta, al menos en sus grandes líneas- un dispositivo de poder sin paralelo en ningún otro lugar, y que no dejó de desarrollarse y afinarse durante quince siglos, digamos desde el siglo II hasta el siglo XVIII.” (Foucault, p. 177)

Es importante esta suerte de institucionalización del pastorado en la iglesia cristiana en cuanto inaugurará modalidades de ejercicios del poder en occidente en los cuales se suscitará una relación de méritos y desméritos, instaurará una obediencia generalizada y otro tipo de relación del sujeto con la verdad; una verdad interior u oculta. Todo esto generará un tipo de individualización que se vincula a la constitución del sujeto moderno, a la subjetivación (Foucault, 2006):

“El pastorado, entonces, es de forma un preludeo a la gubernamentalidad. Y lo es también en virtud de la constitución tan específica de un sujeto atado a redes continuas de obediencia, un sujeto subjetivado por la extracción de verdad que se le impone. Pues bien, creo que esa constitución típica del sujeto occidental moderno hace que el pastorado sea sin duda uno de los momentos decisivos de la historia del poder en las sociedades occidentales.” (p. 219).

Foucault, no hace tanto foco en la Iglesia y el Estado como instituciones cristalizadas sino más bien en el pastorado y el gobierno, mostrando su interés por las prácticas, estrategias, tácticas y dispositivos inmanentes al ejercicio del poder; y no tanto al efecto de la cristalización de este. Es, sin duda, tributario con su perspectiva del poder como una red capilar, dinámica y omnipresente en toda relación de fuerza. En el pastorado, y no únicamente porque luego será reconfigurado por la política como forma de gobierno, no se debe pensar en un poder meramente llevado a cabo en el seno de la religión, sino que también se visualiza en áreas que competen más de cerca a esta pesquisa, como es la medicina: “El pastorado, en sus formas modernas, se desplegó en gran parte a través del saber, las instituciones y las prácticas médicas. Podemos decir que la medicina fue una de las grandes potencias herederas del pastorado” (Foucault, 2006, p. 235).

Las prácticas psicológicas a la luz de la gubernamentalidad

Si bien se ha venido manejando la noción de “gubernamentalidad”, conviene ponerla al servicio del estudio de las prácticas psicológicas, problema fundamental para la presente Tesis. En primer lugar, es importante pensar las prácticas (en general) no solo en función de la gubernamentalidad propiamente dicha, sino de la forma que inaugura Foucault de estudiar el poder al introducir esta noción (modalidad ya mencionada).

Es que este “último Foucault” como suele denominárselo, gracias al concepto de “gubernamentalidad”, logra salir de una noción “bélica” del poder, en la cual siempre se identificaban juegos de fuerzas que se oponen, y nada extrínseco a este juego. Es por eso que hasta 1978 en Foucault no se encuentra otra cosa más allá que el poder y el saber, siendo la construcción del sujeto un emergente de este interjuego. Sin embargo, en los últimos años de su obra, Foucault le da una nueva relevancia al fenómeno de la subjetividad, relacionándola con los juegos de libertad. Esto se da como consecuencia de una visión más abarcativa en su analítica del poder que le permite rebasarse de su modelo de líneas de fuerza que se oponen (dominación-resistencia), para centrarse en fenómenos capilares como las estrategias, las racionalidades y las prácticas. Sobre estas últimas, Castro Gomez (2010) dirá que:

“Por práctica Foucault se refiere a lo que los hombres realmente hacen cuando hablan o cuando actúan. Es decir, las prácticas no son expresión de algo que esté “detrás” de lo que se hace (el pensamiento, el inconsciente, la ideología o la mentalidad), sino que son siempre manifiestas; no remiten a algo fuera de ellas que las explique, sino que su sentido es inmanente. Tras el telón no hay nada que ver ni que escuchar, porque tanto lo que se

dice como lo que se hace son positividades. Las prácticas, en suma, siempre están "en acto" y nunca son engañosas. No hay nada reprimido o alienado que haya que restaurar, y nada oculto que haya que revelar" (p.28).

Esta cita, es importante para entender a las prácticas como positividades, pero puede resultar confusa si confundimos la concepción de que no haya nada que develar detrás, el renunciar a una hermenéutica de las prácticas, con el hecho de que no haya nada que analizar. Lo que debe ser analizado es el entramado en el cual las mismas se inscriben, y por tanto le dan existencia y sentido, es decir, el dispositivo:

"Ahora bien, las prácticas (discursivas y no discursivas) son acontecimientos: emergen en un momento específico de la historia y quedan inscritas en un entramado de relaciones de poder. Sólo hay prácticas en red. Para Foucault no existen prácticas que sean independientes del conjunto de relaciones históricas en las cuales funcionan. Por eso, aunque las prácticas son singulares y múltiples, deben ser estudiadas como formando parte de un ensamblaje, de un dispositivo que las articula. Y ese entramado no es la simple sumatoria de las prácticas singulares y heterogéneas que lo conforman, sino que funciona conforme a reglas. Los "conjuntos prácticos" o "regímenes de prácticas" (dos expresiones utilizadas por Foucault) tienen, pues, una racionalidad. O para decirlo con otras palabras: las relaciones que articulan las prácticas no son arbitrarias, sino que están sometidas a determinadas reglas que, como señalaba Veyne, no son inmediatamente "conocidas" por quienes las ejecutan. Lo cual no contradice lo anteriormente dicho, en el sentido de que las prácticas no son expresión de algo que está "detrás" de ellas. La decibilidad y factibilidad dependen de un sistema de reglas que no es directamente visible, pero que siempre está presente cuando decimos lo que decimos y hacemos lo que hacemos. Se trata de una "gramática" que acompaña a las prácticas mismas y que se transforma con el tiempo. Al cambiar las prácticas, cambia la racionalidad de las prácticas y cambian también sus objetivaciones. Pero esas gramáticas son un a priori histórico; son como el agua en la que nadan los peces: no las vemos pero siempre están allí, pues sin ellas no podríamos hablar ni actuar". (Castro Gómez, 2010, p. 29-30)

A su vez, el mismo autor nos advierte sobre la peligrosidad de confundir el concepto de práctica con el de acción, debido a que el primero responde a una racionalidad de ciertas redes y dispositivos, mientras que la acción responde a la racionalidad individual de un sujeto, claramente inmerso en tales redes y regímenes de prácticas. Además, "la "gramática" de las

prácticas no obedece a una práctica implacable y sistemática, sino que cambia con las prácticas mismas” (Castro Gómez, 2010, p. 32).

Se comprende entonces que en la propuesta foucaultiana hay una invitación metodológica a analizar las prácticas en su singularidad contextual e histórica, siempre teniendo en cuenta que las mismas obedecen a cierto tipo de racionalidad y lógicas que son más bien inmanentes y para nada universalizables:

“Los diferentes "regímenes de prácticas" son vistos por Foucault como animados por racionalidades singulares y heterogéneas. En suma: el concepto de *racionalidad* es utilizado por Foucault para referirse al funcionamiento histórico de prácticas que se insertan en ensamblajes de poder. Tales conjuntos de prácticas son "racionales" en la medida en que proponen unos *objetivos* hacia los cuales debe ser dirigida la acción, la utilización calculada de unos *medios* para alcanzar esos objetivos y la elección de unas determinadas *estrategias* que permitirán la eficaz articulación entre medios y fines o, en su defecto, el *uso* de los *efectos* imprevistos para un replanteamiento de los propios fines. Y es precisamente la aplicación de unos medios orientados de forma consciente por la reflexión y la experiencia para alcanzar ciertos fines lo que Foucault denominaría *tecnología*” (Castro Gomez, 2010, p. 34).

Esta especie de invitación metodológica-analítica es tomada en cuenta en esta investigación para interpretar las prácticas siempre ligadas a sus racionalidades singulares, emergentes de cierto dispositivo de intervención y superador de las motivaciones para la acción individual. Así, cuando se analiza el accionar de un psicólogo en el ámbito educativo, se pretende realizarlo rebasando lo que puede ser una interpretación de sus criterios profesionales para poner en consideración también distintos aspectos del dispositivo. Y no únicamente aspectos “macros” (misión de la institución educativa, aspectos gubernamentales del desarrollo de la profesión psicológica, etc.) sino también cuestiones singulares que emerjan como lógicas o racionalidades inmanentes.

Ahora bien, para enfocarse particularmente en las prácticas psicológicas, es muy conveniente a esta altura centrarse en los estudios de la gubernamentalidad, pero de la forma que lo realizan los denominados “anglofoucaultianos”, y particularmente la figura de Nikolas Rose. Se hace referencia aquí a un grupo de investigación formado en los países anglosajones que retoma la línea analítica ya descrita inaugurada por Foucault, para continuarla y darle una impronta particular. De esta manera, varios autores han estudiado durante las últimas dos décadas del siglo anterior y lo que va del presente siglo, las modalidades de gobierno en las

sociedades contemporáneas neoliberales. Continuando con la agenda foucaultiana, el hincapié no estará puesto en el Estado como estructura de gobierno (“monstruo frío” según la expresión de Nietzsche), sino en las del gobierno de nosotros mismos, de los otros y del propio Estado. Esto se lleva a cabo metodológicamente haciendo foco en las prácticas de gobierno y sus racionalidades, considerando que en las prácticas concretas del hacer y sus lógicas es donde encontramos la esencia de la gubernamentalidad, y no en grandes programas de gobierno. Se está nuevamente ante el desafío de dar con el detalle de las prácticas discursivas y no discursivas (si tal dicotomía tiene cabida).

Pero en estos modos de ejercicio del poder, o más “anglofoucaultianamente” hablando, de tecnologías de gobierno de las conductas, cobra especial relevancia la experticia, no únicamente como saber reverso del poder, sino como intervención de expertos que serán claves en la consolidación del gobierno tal como se da en las sociedades contemporáneas neoliberales: con cierto margen de libertad y permitiendo que el sujeto se apropie y subjetive en función de esa modalidad de regulación de su conducta (Rose, 2007). Es muy relevante tener en cuenta que esta conducción no siempre está ligada a lo represivo del poder. Más bien al contrario: se trata de estimular, promover y facilitar ciertos comportamientos. Sobre todo, aquello vinculado a producir un sujeto autónomo, responsable, autosuficiente, que cuide su salud, que sea productivo y emprendedor: un empresario de sí mismo, un “self made man”¹. También es importante que este sujeto pueda revelarse en su existencia singular. En este contexto, está claro que una de las figuras claves es la del profesional de la psicología, problemática sobre la cual Nikolas Rose hará foco y desarrollará sus teorías en varios escritos. Como señalara el propio Castro Gómez (2010):

“La pregunta de Rose es la siguiente: ¿mediante qué tipo de técnicas de subjetivación se hace posible construir un "yo" capaz de tomar decisiones, de elegir entre diferentes opciones y de asumir con responsabilidad la gestión de su propia vida, sin tener que recurrir a la asistencia del Estado?

La tesis de Rose es que las prácticas psicoterapéuticas han contribuido a producir este tipo de sujeto, de forma análoga al modo en que lo hacían los ejercicios espirituales de la antigüedad grecorromana estudiados por Michel Foucault y Pierre Hadot. De hecho, Rose afirma explícitamente que "la terapia es nuestra respuesta al viejo imperativo ético 'conócete a ti mismo'" (Rose, 107a: 111). Rose busca mostrar que las prácticas psicoterapéuticas entroncan perfectamente con aquellas técnicas cristianas que servían

¹ Expresión muy difundida en el mundo anglosajón, sobre todo en Estados Unidos para referirse al sujeto prototípico del “american way of life”

para guiar a las personas en sus elecciones respecto a cómo transformarse en sujetos virtuosos”. (p. 248).

Es claro entonces que las prácticas psicológicas (centrales en la diversidad de prácticas psicoterapéuticas) adquieren relevancia en tanto pueden ser pensadas como prácticas de gobierno que pretenden dirigir las conductas de los sujetos (Rose, 1996). Pero tal direccionamiento, no se realiza mediante la coacción, sino buscando la apropiación por parte de los sujetos de las mismas racionalidades y finalidades que articulan las prácticas de gobierno. Es relevante poner de relieve que tal accionar no se ejerce sobre un sujeto preexistente, sino que, como toda práctica, produce modos subjetivos al efectuarse. Sobre este punto, el “anglofoucaultiano” Nikolas Rose (1996), abogará por captar las prácticas psicológicas en sus dimensiones tecnológicas y racionalidades prácticas que producen modos singulares de existencia. Además, la propia Psicología como disciplina se va formando en función de las intervenciones que va forjando tales formaciones subjetivas. En sus propias palabras:

“...la realidad histórica de las entidades psicológicas no emerge de una esfera prediscursiva de la naturaleza ni de mutaciones culturales en los patrones de significación, sino de la organización técnica y práctica de procedimientos para pensar, inscribir e intervenir sobre los seres humanos en los “ensamblamientos” heterogéneos del pensamiento y la acción” (Rose, 1996, p. 11).

Rose, dedicará varios de sus trabajos a historizar o genealogizar la aparición de las prácticas psicológicas en el escenario del gobierno liberal y posteriormente neoliberal, siempre atendiendo a las modalidades de subjetivación que las mismas acarrearán. Como resultado, nos encontramos en su obra con ideas fuertes que echan luz, sobre las prácticas psicológicas de la actualidad. El investigador británico, no pretende hacer una historia de la Psicología desde el punto de vista de un proyecto científico con su propio desarrollo interno, sino que, por el contrario, pretende mostrar cómo se fueron construyendo objetos de saber, procedimientos, técnicas y tecnologías profesionales vinculados siempre a una estrategia de gobierno de las conductas.

“La disciplinarización de la psicología está constitutivamente vinculada a una transformación fundamental que viene sucediendo en la racionalidad y las tecnologías del poder político desde las últimas décadas del siglo XIX, cuando la responsabilidad de los gobernantes se plantea en términos de asegurar el bienestar y la normalidad física y mental de los ciudadanos y en términos de moldear y regular las maneras en que llevan adelante su existencia “privada”—como trabajadores, ciudadanos, padres y madres— de modo que ejerzan su privacidad y libertad de acuerdo con esas pautas de normalidad

maximizada. El campo del poder codificado como Estado solamente es inteligible cuando se lo ubica dentro de esta matriz más amplia de proyectos, programas y estrategias para la conducción de la conducta, elaborada y ejercida por una gran diversidad de autoridades..." (Rose, 1996, p.4)

Rose se rehúsa a estudiar la historia de la Psicología desde una perspectiva que podría vincularse a historia de las ideas o de los sentidos. Por el contrario, opta por otro camino:

"En este caso, la psicología no sería vista en términos de creencias y significados culturales, sino que ocuparía un lugar dentro de una genealogía de las "tecnologías de subjetivación", o sea, las racionalidades prácticas que los seres humanos se aplicaron a sí mismos y a otros en nombre de la autodisciplina, el autodomínio, la belleza, la gracia, la virtud o la felicidad" (Rose, 1996, p. 5).

A su vez, vinculará el desarrollo de la Psicología con los problemas de la ética, la política y el conocimiento, afirmando que el desarrollo de las sociedades occidentales es totalmente indisociable de la construcción de un conocimiento experto sobre el "yo", que redundará en procedimientos y técnicas orientadas a moldear, regular y administrar este objeto construido por el saber psicológico y dominios de saber afines. Es importante tener en cuenta que Rose afirma que las disciplinas psicológicas no se desarrollan descubriendo un objeto pre-existente (conciencia, psiquismo, conducta, etc.), sino que producen ese objeto en su desarrollo. Es un claro enfoque constructorista, obvio para él epistemológicamente en tanto afirmar lo contrario sería invocar un positivismo y un empirismo ya vetustos dentro de toda comunidad científica crítica. Este carácter de constructo que tienen los objetos no les quita científicidad a las disciplinas que se ocupan de ellos, entre ellas la psicología.

Por tanto, a Rose le interesará cómo los conocimientos de la disciplina psicológica emergen no de pensamientos abstractos sino a partir de problemas específicos que exigen el desarrollo de técnicas que terminan diagramando a los propios saberes. Y a su vez, cómo en el proceso de disciplinarización de los conocimientos psicológicos cada vez más esferas de la vida social fueron siendo pensados bajo la matriz de los saberes psicológicos, en auge desde fines del siglo XIX. Es una especie de progresiva "psicologización" de la vida cotidiana y social (algo relacionado, pero diferente a los procesos de medicalización):

"La realidad social de la psicología no es una especie de "paradigma" incorpóreo, aunque coherente, sino una red compleja y heterogénea de agentes, espacios, prácticas y técnicas para la producción, diseminación, legitimación y utilización de verdades psicológicas. Por consiguiente, la producción de los "efectos de verdad" psicológicos está

intrínsecamente relacionada con el proceso mediante el cual una serie de campos, espacios, problemas, prácticas y actividades “se volvieron psicológicos”. “Se vuelven psicológicos” en el sentido de que se *problematizan*, es decir, se vuelven perturbadores e inteligibles a la vez en términos impregnados de psicología. No es que educar a un niño, reformar a un delincuente, curar a un histérico, criar a un bebé, administrar un ejército o dirigir una fábrica entrañe la utilización de teorías y técnicas psicológicas, sino que existe una relación constitutiva entre el carácter de lo que se considerará una teoría o argumento psicológico admisible y los procesos por medio de los cuales se puede acordar una suerte de visibilidad psicológica a los dominios anteriormente nombrados. La conducta de las personas se vuelve notable e inteligible cuando, proyectada sobre una pantalla psicológica, por así decirlo, la realidad se ordena según una taxonomía psicológica, y las habilidades, personalidades, actitudes, etcétera se convierten en un tema central de las deliberaciones y los cálculos, tanto de las autoridades sociales como de los teóricos de la psicología. (Rose, 1996, p. 16-17)

Sobre los principios de la Psicología como disciplina que emerge como saber tecnológico para responder a problemas (valga la redundancia) disciplinarios, los aportes de Rose son vastos, en tanto dedicó sus primeros libros y sus primeros años de investigación a este tema. Como se manifestaba, son muy interesantes estos aportes en tanto siempre lo hace relacionando el desarrollo de la Psicología con ciertas formas de gobierno de la conducta y de procesos de subjetivación como efectos de las mismas. De esta manera, en uno de sus primeros libros se detendrá en el surgimiento de la Psicología en un contexto donde la individualización con fines de normalización se hacía necesaria para administrar las poblaciones en ciertos espacios institucionales; como ser las escuelas.

Por tanto, se dirá que la mirada individualizadora dejó durante el siglo XIX de ser un privilegio de pocas personas (adineradas) para ser un mecanismo gubernamental dirigido a sujetos marginales, entre los cuales los niños eran un objeto privilegiado. La Psicología, tuvo un rol importante en este movimiento asegurando poder “disciplinar las singularidades e idiosincrasias de la niñez”; erigiéndose como una ciencia capaz de medir e inscribir de forma sistemática las peculiaridades de los niños, analizar la variabilidad en términos conceptuales, y manipularlas desde un punto de vista práctico. (Rose, 1990, p.1).

Entonces, se puede ver erigirse a la Psicología en un contexto institucional-disciplinario en el cual estas instituciones (de encierro según terminología foucaultiana) reunían a las personas en masa, por lo que se configuraba un escenario en donde las conductas eran ampliamente

visibles y comparables. Esto facilitaba la normatización de la existencia y la identificación de la desviación. Así, se generó una especie de percepción en un único plano visual que hizo más visibles y cognoscibles los atributos de la personalidad, así como se registraban las diferencias humanas. La persona devino un individuo cognoscible, lo cual planteó dos problemas para el advenimiento de la Psicología: La necesidad de un centro de evaluación, clasificación y “derivación” de personas; y el asesoramiento sobre métodos para organizar individuos y distribuir tareas. (Rose, 1990)

Estos problemas son relevantes para esta Tesis únicamente en cuanto su capacidad ilustrativa de cómo la disciplina toma forma en torno a problemas específicos de administración y gobierno de ciertas poblaciones, y no a partir de meros desarrollos en la esfera abstracta de la historia de las ideas. Es como si antes apareciera una técnica, una modalidad de hacer las cosas y de gobernar y moldear la subjetividad que un saber científico. Al decir de Rose (1990):

“La consolidación de la psicología como disciplina y su destino social estaban ligados a su capacidad de producir los medios técnicos para individualizar a la gente, un nuevo modo de construir, observar y registrar la subjetividad humana y sus vicisitudes (...) El individuo no ingresó al campo del conocimiento por medio de ningún salto abstracto de la imaginación filosófica, sino a través de la rutinaria actividad de la documentación burocrática. Las ciencias de la individualización partieron de esas técnicas rutinarias para registrar datos, las utilizaron y transformaron en dispositivos sistemáticos para inscribir la identidad, técnicas que podían traducir las propiedades, capacidades y energías del alma humana a una forma material: imágenes, tablas, diagramas y mediciones.” (p.2)

El gran ejemplo de esto es la confección del Test de inteligencia, el primer gran aporte de la psicología al proyecto de individualización. El mismo surgió como resultado a la demanda de medir atributos mentales que se relacionaban al desvío conductual pero que no tenían un correlato corporal evidente. Es importante para esto la figura del niño débil mental enmarcada en el proyecto educativo universal. Esto preocupaba a filántropos y eugenésicos que pretendían identificarlos. Por tanto, luego de que la mirada médica fracasara intentando identificar la debilidad mental, la Psicología contribuyó haciendo legibles diferencias del “interior del alma”. Esto ofició como modelo para todo el resto de los dispositivos psicométricos. Rescatar este acontecimiento histórico tiene consecuencias importantes, no solo por el estatus que le da a la Psicología y por posicionarla de cierta manera con la medicina (parece aparecer ahí donde la mirada médica no alcanza); sino porque un ámbito anteriormente intangible se hace asequible, y por ende gobernable (en este caso la inteligencia, pero luego serán otros dominios como el

desarrollo, el psiquismo, las emociones, etc.) Por tanto, se combina una “ciencia del alma” con estrategias gubernamentales sobre el individuo y la población. (Rose, 1990, p. 8).

Es importante señalar que estas tecnologías de la individualización se desarrollaron a tal punto de formar parte medular de las estrategias contemporáneas de gobierno de lo que Rose llamo “democracias liberales avanzadas” (Rose, 2007) o neoliberales, que, como se esbozó, comprenden la idea de que el sujeto se vuelva activo para con el gobierno de sí mismo. Aquí el juego de las libertades que manejó Foucault es maximizado por Rose, ya que dentro de ciertos márgenes el sujeto consumidor de la actualidad elige entre distintos estilos de vida que conformarían la elección de su propio autogobierno. Las conductas son gobernadas por prácticas de consumo, identidad y elección; lejos de los anteriores dispositivos de implementación de obligaciones y responsabilidad social del ciudadano (Rose, 2007).

Para culminar el apartado, es interesante mencionar cómo en sus últimas producciones, Rose deja un poco de lado la genealogización de los dispositivos de gobierno y las prácticas psicológicas para intentar mapearlas en la actualidad. Así, alertará sobre como el territorio ganado por las prácticas psicológicas de individualizar al sujeto para promover su autogobierno mediante la suposición de una interioridad propiamente psicológica, está perdiendo terreno ante los avances de las lógicas provenientes de las neurociencias en el siglo XXI:

“En el curso de sus estudios sobre el campo de las disciplinas “psi”, Rose demostró cómo, bajo el auspicio de los diferentes “ingenieros del alma humana”, los sujetos de las democracias liberales llegaron a entenderse y evaluarse a sí mismos conforme al modelo de una interioridad profunda de carácter moral, situada entre la esfera social de la conducta y el orden de lo fisiológico (Rose, 1998). La psique, ese espacio interior constitutivo de la subjetividad, se erigió en el sitio de las creencias, las intenciones, la voluntad, las emociones y los deseos personales. Pero a partir de las mencionadas transformaciones del pensamiento, la percepción y la práctica biomédicas, seríamos testigos de un proceso de “achatamiento” de la interioridad. En otras palabras, el sentido de la subjetividad arraiga crecientemente en la propia existencia corpórea del ser humano. Por contraste a la “psicologización de la ética” operada durante buena parte del siglo pasado, desde hace unas décadas contemplaríamos su “somatización”. (Córdoba, 2012, p. 214)

En esta línea, Rose se aventura incluso a manejar el concepto de “yo neuroquímico” (Córdoba, 2012, p. 6), graficando así la pérdida de terreno de nociones como psiquismo, subjetividad, etc. A su vez, en otro texto reciente donde se pregunta por la posibilidad de

conjeturar la muerte de lo social, refiere a la experticia asegurando que la nueva mirada profesional es ahora más superficial, enfocándose en la conducta y la organización cognitiva de acciones para dejar de lado aquellas exploraciones sobre los factores sociales, así como ese diagnóstico que requería de una mirada introspectiva (Rose, 2007). Todo estas tensiones y cambios, deben tenerse en cuenta al momento de analizar las distintas prácticas profesionales que son representadas en los discursos de los psicólogos y los significados atribuidos a las mismas.

Relación Psicología – Psiquiatría desde la Salud Mental

Si teniendo en cuenta los desarrollos anteriores, pensamos en términos de disciplinas, el relacionamiento entre la Psicología y la Psiquiatría en el denominado campo de la Salud Mental es, en la actualidad, una problemática muy importante. El vínculo entre estas disciplinas, con sus puntos en común y sus disonancias, es algo relevante para la presente Tesis. Sin dudas que ambas se ven (y se han visto históricamente) convocadas por lo que se ha desarrollado como gubernamentalidad, así como simultáneamente presentan racionalidades, estrategias y prácticas disímiles con sus objetos de intervención.

En esta dirección, resultan muy ilustrativos los conceptos vertidos por Emiliano Galende (2015) en torno a cómo la Psiquiatría devino en la formación discursiva (el autor evita intencionalmente llamarle ciencia o disciplina) encargada del sufrimiento humano a partir de la modernidad. Con este autor, comprendemos como tal legitimidad derivaba menos de su desarrollo teórico y explicativo sobre el sufrimiento mental, que de sus prácticas de control y disciplinamiento ejercidas sobre aquello que se identificaba como anómalo: la locura.

En los intentos para constituirse como disciplina, los psiquiatras del siglo XIX se basaron en el positivismo de la época, y desarrollándose en semejanza con la medicina general erigió al ser sufriente como su objeto natural de estudio e intervención. Así, la compleja situación existencial humana del sufrimiento pasó a ser reducida en términos de “enfermedad mental”. De esta manera, los psiquiatras construyeron sus propias clasificaciones nosológicas del (entonces devenido) “enfermo mental”, y se valieron de los métodos propios de la medicina clásica para construir una psicopatología propia. Sin embargo, esto se llevó a cabo sin lograr establecer una causalidad clara de la enfermedad mental, suponiendo que siempre existía una correlación entre algún disfuncionamiento en la esfera biológica con la enfermedad mental, en un movimiento que distaba bastante de ser científicamente y epistemológicamente sólido.

Continuando con los aportes de Galende (2015), se constata una crítica acérrima al saber psiquiátrico, llegando a afirmar que:

“...en psiquiatría no encontramos leyes de construcción de los conceptos, ni de la génesis y el desarrollo de sus enunciados (ni de los diagnósticos) que respondan a un progreso de sus conocimientos, por el contrario, vemos una dispersión en los textos publicados, libros que se leen como opiniones y experiencias de su autor, artículos varios que remiten a fundamentos de la fenomenología, otros que toman algunos conceptos del psicoanálisis, otros del conductismo, otros de la Sociología, en la actualidad interpretaciones causalistas a partir de los conocimientos de la neurobiología, y podríamos agregar más variedades a la lista. (...) no hay un cuerpo conceptual coherente y una teoría aceptada. Es curioso, por no decir es una anomalía del conocimiento racional, la exclusión de algunos conceptos, la sustitución de unos diagnósticos por otros, el cambio de sentido de algunas interpretaciones.” (p. 43)

Es importante señalar que, pese a estas debilidades señaladas, La Psiquiatría goza de legitimidad desde sus inicios debido a cuestiones “extra-disciplinares”, es decir, al rol social que asume al encargarse del control y disciplinamiento del “loco”. Es en función de sus prácticas, y no de su saber que la Psiquiatría deviene en algo valorado socialmente, promovido por los Estados modernos en su afán de normalización del desvío. Es por esto que la medicina le confiere “un lugar” dentro de su desarrollo, y es aquí donde la psiquiatría recibe su legitimidad. Pero a diferencia del resto de la medicina, en la Psiquiatría lo normal y la desviación van a estar más ligados al entramado social del sujeto que a lo biológico, por lo que el diagnóstico vendría a demostrar simplemente cuanta desviación es tolerable por la Psiquiatría (Galende, 2015).

Ahora bien, podemos afirmar que a partir de la posguerra, y como consecuencia del desencanto que generaron las guerras mundiales del siglo XX en el conocimiento científico como guía que llevase indefectiblemente al progreso social, distintos saberes y disciplinas han cuestionado a la Psiquiatría en su tendencia a homologar sufrimiento mental con enfermedad mental, sus prácticas asilares y de tratamiento claramente disciplinarias y su reduccionismo de los malestares de la existencia humana a alguna causalidad orgánica. Más adelante, se mencionará como, más allá de distintas vertientes que existen dentro mismo de la Psiquiatría, ha resurgido el discurso biologicista como forma de legitimación de tal disciplina, en un intento renovado de objetivar la enfermedad mental y asignarle causalidad orgánica. Pero más allá de esto, conviene señalar que desde mediados del siglo XX a esta parte emergió el campo de la Salud Mental en el cual varios saberes, disciplinas y prácticas le disputarán la hegemonía a la

Psiquiatría, intentando superar la cosificación y el reduccionismo del sufrimiento humano en enfermedad mental.

En este sentido, desde un punto de vista bioético, se comenzó a cuestionar a la Psiquiatría en diferentes aspectos. La bioética es otro de los saberes que cobra protagonismo con el advenimiento del terreno de la Salud Mental y los enfoques alternativos que se desarrollan a partir de la posguerra. Si bien se puede decir que la bioética no “calo hondo” en la Psiquiatría en comparación con otros campos de la medicina, se comenzaron a revisar éticamente cuestiones vinculadas al tratamiento y terapéutica de los “enfermos mentales”, los informes psiquiátricos, el proceso de elaboración de los diagnósticos, etc. (Stagnaro, 2009).

Según este mismo autor (Stagnaro, 2009), la Psiquiatría siempre osciló entre un rol de alivio y mejoramiento de la calidad de vida del sufrimiento mental, y el rol de custodia y control de la locura como aquello que “molestaba” al resto de la sociedad. Asimismo, el autor percibe como hoy en día el avance de los enfoques de Salud Mental han hecho que la Psiquiatría misma vaya abandonando sus posicionamientos más clásicos con respecto al modelo asilar. Sin embargo, la inercia de la disciplina y varios intereses corporativos frenan constantemente los cambios. Desde la bioética, se vuelve fundamental concebir el acto médico-psiquiátrico como un acto humano en donde se ponen en juego cuestiones morales, escapando así del reduccionismo biológico y evitando que el sujeto devenga objeto y que la técnica prevalezca sobre la ética (Stagnaro, 2009).

Otro de los aspectos en los que la bioética ha hecho foco es en advertir sobre la extensión de la Psiquiatría a campos que van más allá de lo que clásicamente se llamó “enfermedad mental”. De esta forma, la psiquiatría podría valerse de la poca rigurosidad de su paradigma para extenderse a varias esferas y manifestaciones de la conducta humana y el sufrimiento mental que probablemente no tendrían por qué ser psiquiatrizadas. Es importante advertir que así se mostró en apartados anteriores que con otros autores se puede hablar de “medicalización” y “psicologización”, aquí podríamos hablar de “psiquiatrización”.

Asimismo, es pertinente mencionar que la Psiquiatría tiene su riqueza y su potencialidad también por el hecho de ser la especialidad médica más atravesada por otro tipo de saberes provenientes de diferentes ciencias humanas. A su vez, con el advenimiento y el desarrollo del campo de la Salud Mental, se podría llegar a visualizar a la Psiquiatría como una disciplina más dentro de varios saberes que se complementan, rescatando las potencialidades de la misma en tanto sería la rama de la medicina con mayor trato humano. Asimismo, es necesario señalar que los psicofármacos son muy efectivos en la supresión temporal de algunos síntomas que genera

el sufrimiento mental, más allá de que está en constante discusión si el uso que se les da en la actualidad dista de ser el adecuado.

Por su parte, resulta importante mencionar que la Psicología como disciplina (más allá de su diversidad de corrientes teórico-técnicas) es homologable en cierto sentido a la posición de la Psiquiatría, así como guarda sus marcadas diferencias y confrontaciones con la misma. Con la primera afirmación, se hace referencia a que el desarrollo de la Psicología como disciplina está también muy vinculado con la racionalidad de control poblacional de los Estados modernos, tal como se historizó en apartados anteriores. Esto se intentó mostrar rescatando el concepto de “gubernamentalidad” (Foucault, 2006), el cual como se vio “refieren a las múltiples maneras en que diversos saberes han sido utilizados en la conducción de la población a través de cálculos, procedimientos y tácticas, y que tuvieron como consecuencia el nacimiento del Estado moderno” (Chávez Bidart, 2016, p. 23).

Se ha mencionado anteriormente, que muchos de los estudios de los denominados “anglofoucaultianos”, pero especialmente los de Nikolas Rose, dan cuenta de cómo la Psicología se estableció como una de las disciplinas privilegiadas para la conducción de las conductas anheladas por los Estados modernos. Al igual que la Psiquiatría, el desarrollo de la disciplina se conjugó con procedimientos y prácticas propios de estos mecanismos de disciplinamiento y control. En el Uruguay, la Psicología fue una de las disciplinas que auxiliaron al Estado en su período de modernización, colaborando con el pasaje de la “barbarie” hacia la “civilización”, con sus aportes al higienismo y la pedagogía (Chávez Bidart, 2016).

Incluso, debe recordarse que los saberes psicológicos han aportado a la metamorfosis que han experimentado las formas de poder de aquel entonces hacia evolucionar a las formas de poder actual, aportando a que el direccionamiento de las conductas no se realice mediante la coacción sino buscando la apropiación por parte de los propios sujetos de las mismas racionalidades y finalidades que articulan las prácticas de gobierno. En esta línea también Vega (2009) aporta al decir que:

“El poder ya no es externo, anida en la propia vida. Ha invadido todo el territorio existencial, adueñándose desde dentro de todas las fuerzas vitales, desde su propio proceso de gestación.

Ya no estamos en presencia de un proceso educativo, correctivo o de moldeado, sino inmersos en procesos de producción de la propia vida, de sus modos de pensar, de percibir, de sentir, de amar, de crear.

El biopoder no necesita reprimir, ni supervisar la vida, más bien tiende a intensificarla, optimizarla.

Pero ¿qué vida optimiza?

(...) Su aspiración es lograr un cuerpo humano separado de lo viviente, donde la capacidad de ser afectado está capturada, en donde el cuerpo intensivo esté anestesiado.
(p. 77)

Sin embargo, también debe señalarse que, enmarcada en el giro hacia la salud mental, la Psicología es una disciplina fundamental al momento de complejizar el entendimiento sobre la experiencia del sufrimiento mental. Es decir que, así como ha aportado y aporta a las estrategias de la gubernamentalidad, simultáneamente sus prácticas permiten posicionarse desde otro lugar ante el sufrimiento mental, comprendiendo que la verdad sobre ese sufrimiento está en ese mismo sujeto sufriente; por lo que aboga por la implementación de un vínculo terapéutico respetuoso con los Derechos Humanos y la dignidad del mismo. Al no estar tan sesgada con enfoques objetivistas o derivados de las ciencias naturales, la Psicología puede hacer su aporte para dicha comprensión, dándole lugar a la complejidad del “psiquismo” (con sus aspectos conscientes e inconscientes) y a la experiencia existencial singular y única de ese sujeto con sufrimiento mental.

Según el ya mencionado Emiliano Galende (2008), las psicoterapias en general y el psicoanálisis en particular, han sido intentos destacados de abordar integral y adecuadamente el sufrimiento mental, demostrando un especial respeto a la integridad y el saber propio del ser sufriente. Por lo tanto, aportes provenientes de la psicología serían valiosos para restituirle derechos al sufriente mental y generar acciones transformadoras en este campo:

“Se trata de recuperar una razón basada en la relación con el semejante, quien pide nuestra ayuda, en la intención de lograr una comprensión capaz de transformar sus síntomas y de habilitar potencialidades de autonomía para actuar sobre su realidad. Los dos elementos, la comprensión en conjunto y la relación entre quien padece el trastorno y quien pide ayuda, son complementarios y constituyen lo esencial del proceder terapéutico.
(...)”

Pero también la definición de esta comprensión transformadora, como herramienta terapéutica propia de las intervenciones en salud mental a través de la palabra, creo debe ser la herramienta para el debate y la relación entre las disciplinas que actúan en el campo de la salud mental. Sin duda el psicoanálisis, bajo una forma propia y específica de

entender la comprensión, aporta lo esencial de esta perspectiva”. (Galende, E. 2008. p. 32)

El resurgimiento de las explicaciones “bio”: una oportunidad para la Psiquiatría

Ahora bien, si en el apartado anterior se hacía mención a cómo la Psiquiatría y este tipo de prácticas habían venido perdiendo terreno y siendo cuestionados con la consolidación en el campo de la Salud Mental de otros saberes y prácticas, cabe preguntarse: ¿Por qué asistimos actualmente a una extensión de los procesos de medicalización o psiquiatrización (y consecuente consumo abusivo de psicofármacos) en la sociedad en general y en la niñez escolarizada en particular? ¿Cómo se consolidan estas prácticas en el seno del campo de la Salud Mental, a pesar de la diversidad de enfoques y tratamientos que desde el mismo se proponen? ¿Cómo se ha metamorfoseado la psiquiatría para seguir teniendo tal protagonismo y legitimación social? ¿Por qué la escuela contemporánea ha sido uno de los escenarios privilegiados en donde se ha permeado con mayor fuerza la lógica psiquiátrica actual?

Se considera que para responder estas preguntas es fundamental tener en cuenta dos fenómenos ya desarrollados: el cambio en las formaciones subjetivas predominantes de la modernidad tardía: de un sujeto subjetivado como ciudadano a un sujeto subjetivado como consumidor; y el histórico afán de disciplinamiento para con la niñez escolarizada, valiéndose del apoyo de disciplinas auxiliares para la gubernamentalidad. Pero más allá de esto, hay otro fenómeno contemporáneo que abonaría el terreno para que dichas prácticas tengan la relevancia, legitimación y extensión que tienen hoy en día: La “refundación” de la psiquiatría a partir de los avances científicos en el campo de la neurobiología.

Se ha mencionado anteriormente, cómo la Psiquiatría ha tenido serios problemas para constituirse como una disciplina con un campo teórico coherente y consistente. Asimismo, se hizo una breve mención a cómo el advenimiento del campo de la Salud Mental permitió el avance y una rica producción de enfoques alternativos a la Psiquiatría, históricamente hegemónica en el campo del sufrimiento mental. Sin embargo, la Psiquiatría tuvo un nuevo auge y se reconfiguró en sus intentos de tratar el sufrimiento mental como algo objetivable, natural y de base orgánica con dos fenómenos indisolubles entre sí: los avances de las investigaciones neurobiológicas y el crecimiento de la industria farmacéutica.

Ya desde finales del siglo XIX, con los avances de Sigmund Freud y otros clínicos europeos, se puso en cuestión la búsqueda por parte del positivismo científico de un correlato entre los fenómenos físico-anatómicos del cerebro y la totalidad de los fenómenos mentales. De esta manera, se dio lugar a una brecha entre el funcionamiento del cerebro y el funcionamiento

mental y de la conducta humana, lo cual permitiría el advenimiento de una multiplicidad de saberes y teorías sobre lo mental (Pérez, 2009).

Pero más allá de este campo que se abrió para un estudio de lo mental como algo que rebasaba el funcionamiento del cerebro, se continuaron estudios que para estudiar lo mental realizaban una jerarquización del funcionamiento cerebral por sobre otros factores. Este fenómeno que revitalizará a la psiquiatría en su fundamentación teórica es un fenómeno eminentemente político:

“Un hito fundamental en el avance del conocimiento del cerebro se da en el año 1990, cuando el Congreso de EEUU declara a la última década del siglo XX, como la década del cerebro. Se genera de esta forma un gran avance de las conceptualizaciones y metodologías de investigación del cerebro, con una gran influencia política e ideológica de las teorías y técnicas que intentan subordinar la mente o lo psíquico a la lógica biológica del cerebro. Hasta los años 90, las llamadas neurociencias, en general no habían tenido un gran desarrollo y reconocimiento social, a pesar de su potencial.” (Pérez, R. 2009, p. 13)

Todo este avance de las neurociencias, fomentado por intereses corporativos (sobre todo de la prolífica industria farmacéutica) ha generado “una clara ofensiva del paradigma científico positivista, que, en este campo, busca subordinar los fenómenos mentales y psicológicos a las lógicas del cerebro y sus métodos de investigación” (Pérez, R. 2009, p. 15).

De más está decir que numerosos estudios por fuera del ámbito de las neurociencias dan cuenta de la imposibilidad de comprender linealmente las relaciones entre el funcionamiento cerebral y los procesos mentales, procesos que integran a un sujeto en toda su complejidad, como un ser social e histórico, determinado por el mundo simbólico en el cual se inscribe. Pero más allá de esto, se considera importante mencionar el avance (no avance en el sentido de progreso de la ciencia, sino como arremetida con fines políticos e intereses económicos, etc.) de las neurociencias como uno de los hechos que le da a la psiquiatría un terreno en el cual acomodarse, fundamentarse y legitimarse para extender sus prácticas sobre todo el cuerpo social. Como señala Stagnaro (2009) refiriéndose a la Psiquiatría:

“... la especialidad ha sufrido una transformación en su orientación teórica de resultados de la cual se vio particularmente influenciada por el modelo biomédico.

En efecto, de una manera muy global, influida por esa concepción, se instaló en la psiquiatría contemporánea una propuesta para abordar las enfermedades mentales que

se apoya en una tríada de supuestos básicos articulados entre sí:

- En primer lugar, suponer que es posible una identificación objetiva y categorial de los trastornos o síndromes mentales por vía de una descripción “a-teórica” como lo propone el DSM IV.
- En segundo lugar, si ese primer punto fuera posible, tratar de establecer una progresiva correlación biunívoca entre cada síntoma así definido y su fisiopatología cerebral.
- En tercer lugar, establecer una correlación entre dicha fisiopatología y su corrección farmacológica combinada con una psicoterapia basada en nuevos desarrollos de las teorías del aprendizaje. Por presentarse como teorías psicológicas pasibles de verificación experimental las corrientes cognitivo-comportamentales han gozado de mayor interés en detrimento del psicoanálisis” (p. 216)

3. Diseño Metodológico

3.1 Metodología cualitativa

En primer lugar, es necesario destacar que la investigación realizada es de corte cualitativo, en el sentido que el enfoque que se tiene sobre el problema a investigar consiste en hacer énfasis en las prácticas psicológicas, no como un fenómeno objetivo, sino más bien haciendo foco en el contexto de las mismas y en la importancia de cómo son significadas. Al decir de Vasilachis (2006), se debe tener en cuenta que el estudio cualitativo “se interesa, en especial, por la forma en la que el mundo es comprendido, experimentado, producido; por el contexto y por los procesos; por la perspectiva de los participantes, por sus sentidos, por sus significados, por su experiencia, por su conocimiento, por sus relatos” (pp. 28-29). De esta manera, se buscará acceder a las prácticas psicológicas, no como una entidad a ser descrita en su funcionamiento, sino más bien como acciones enmarcadas en un proceso y que son significadas por los actores involucrados en ellas. Es una estrategia cualitativa que se fundamenta en los objetivos y preguntas de la investigación.

Cuando se escogen métodos predominantemente cualitativos, se está optando por hacer énfasis en la comprensión e interpretación de los fenómenos, así como por dejar de lado la ilusión de develar las relaciones causa-efecto, para, en cambio, acceder a universos simbólicos y tramas de significado (Apud, 2013). Y cuando se dice “acceder” no debe comprenderse en el sentido de hacer asequible a “la cosa en sí” o descubrirla, sino relacionarlo con la actividad de producir un conocimiento particular, situado en su contexto, difícil de generalizar y evidentemente diagramado por nuestra propia actividad cognoscitiva y los condicionamientos de ésta.

La investigación cualitativa tiene ciertas bondades en su aplicación en tanto permite un diseño flexible, gracias al cual pueden incorporarse elementos emergentes del trabajo de campo que no fueron previstos por el investigador, para rever elementos de la investigación en su totalidad. Esta máxima de los enfoques cualitativos se ve acrecentada cuando la investigación se guía por los principios de la Teoría Fundamentada. En el caso de la presente investigación, la pauta de entrevista se modificó levemente a medida que se realizaban las entrevistas y se generaban las primeras categorías.

3.2 Teoría fundamentada

Dentro de este marco, el método orientador del análisis y aproximación al campo fue la Teoría Fundamentada (TF), por lo que cobran especial importancia los procesos de

categorización que se llevan a cabo a partir de los datos, asume más relevancia el carácter inductivista de la investigación, y orienta a la investigación una finalidad de producción de teoría sustantiva enraizada en lo que se toma del campo (más que la comprobación de teorías pre-existentes). Asimismo, se entiende como relevante la producción discursiva de los sujetos entrevistados, entendiendo que de ella se desprenden el análisis y elucidación, no de un universo de carácter abstracto, sino del específico que se investigó. El propio nombre del método (grounded theory en inglés) hace alusión a lo enraizada que debe estar la teoría emergente en los datos de campo recabados, revelándose la impronta inductivista que se pretende.

Es importante señalar que en la TF la codificación como modalidad de tratamiento de la información recabada en el campo, es fundamental para la elaboración de categorías, conceptos e hipótesis. Este uso de datos no se da únicamente una vez que el trabajo de campo se dé por finalizado, sino que los datos recabados son tenidos en cuenta para orientar las técnicas de recolección de próximos datos (en este caso, la técnica privilegiada fue la entrevista en profundidad, y lo que se fue cambiando es la pauta de entrevista)

Sobre la finalización del trabajo de campo, se puede decir que las categorías que la TF permite ir desarrollando, marcan también la pauta de dicha culminación, ya que tienen un valor crucial en el discernimiento sobre la saturación: es la saturación de dichas categorías lo que marca la no pertinencia de continuar con el trabajo de campo. Al decir de Glaser y Strauss (1967: 13), "Saturación significa que ya no se obtienen ninguna información adicional que permita desarrollar propiedades de la categoría".

3.3 Técnica privilegiada: Entrevistas en profundidad

Se estimó lo más pertinente, teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, valerse en la misma de la entrevista de corte cualitativo como el instrumento fundamental para la recogida de datos. Con respecto a esta técnica, aporta valiosos elementos a la investigación en tanto es un método privilegiado de intercambio con los sujetos que participan en la investigación. Se valora a la misma como una "... técnica de obtención de información relevante para los objetivos de un estudio" (Millar, Crute, & Hargie en: Vallés; 1997, p.181). El carácter de la entrevista fue estandarizada abierta; se incluyeron una serie de preguntas, definidas según los objetivos de investigación, pero de respuesta libre; permitiendo la incorporación de elementos emergentes que fueron surgiendo durante el desarrollo de las mismas. Por ende, resultó fundamental la flexibilidad y haber tenido en cuenta la posibilidad de un "diseño emergente" y no totalmente prefigurado. Se utilizó la técnica de entrevista en profundidad, con la intención de ahondar en el

sentido y en los significados que los psicólogos dan a la construcción y vivencia de la temática investigada.

Mientras tanto, subordinada a la técnica de entrevista, también se utilizó (en menor medida) la técnica de la observación, como otra técnica de recolección de datos. Ésta técnica, se considera fundamental en todos los campos de la ciencia, y consiste en el uso sistemático de nuestros sentidos orientados a la captación de la realidad que queremos estudiar. “Los hechos son percibidos directamente, sin ninguna clase de intermediación, colocándonos ante la situación estudiada tal como ésta se da naturalmente”. (Sabino, 1992, p.110) En este sentido, “La observación propone una doble vía de elaboración de saberes: ayuda a responder a unas preguntas sobre el objeto estudiado y a analizar la manera con la que se procede para escoger estas cuestiones y elaborar una estrategia” (Blanchet, 1989, p.35). Sin embargo, se debe tener en cuenta que en la investigación no se pudo acceder a las prácticas psicológicas “in situ”, sino a lo que los discursos de los propios actores sobre las mismas. Esto conlleva que, más allá de que la observación estuvo presente en las entrevistas realizadas, la misma no haya sido jerarquizada, sino más bien concebida como auxiliar a la entrevista en profundidad.

3.4 Desarrollo de la investigación: participantes y muestreo teórico

La investigación se planteó desarrollarse a través del contacto con psicólogos que trabajen en el ámbito escolar en la ciudad de Montevideo y zona metropolitana, tanto en el sistema público como en el privado. Con respecto al sistema público, se fundamenta la pertinencia de entrevistar a psicólogos que lleven adelante sus funciones en el programa “Escuelas Disfrutables” dependiente del CEIP, en tanto dicho programa lleva adelante, según la página web oficial, “intervenciones interdisciplinarias en las escuelas de todo el país, sobre aquellos factores que generan malestar institucional, abordando de forma integral dichas situaciones. Se orienta desde una perspectiva de derechos y prácticas acordes al momento socio-histórico que vive la escuela pública” (CEIP, 2009). En este punto es importante aclarar que el objetivo de la investigación no es analizar el programa “Escuelas disfrutables”. Sin embargo, la gran mayoría de psicólogos que trabajan en la escuela pública lo hacen a través de este programa, por lo que casi la totalidad de los entrevistados del sub-sistema público realizaban sus prácticas psicológicas con este marco, algo que genera que sus prácticas sean analizadas en función de este dispositivo. Vale decir que se contactó en varias situaciones a psicólogos que no quisieron participar de la investigación (más allá de cierto interés y actitud colaborativa) por las posibles consecuencias que podía tener

a la interna de primaria hablar del tema. También se entrevistó a una psicóloga del sistema público que no trabajaba en “Escuelas disfrutables”, sino en una escuela especial.

A su vez, se pretendió trabajar con los psicólogos que trabajan en la Unidad de Promoción, Intervención y Desarrollo Educativo (UPIDE) dependiente de CODICEN. Esta es la otra división de primaria que también cuenta con psicólogos trabajando directamente con niños escolarizados en una función mayoritariamente diagnóstica, pero que incluye otro tipo de acciones a pedido de las escuelas. Sin embargo, más allá de que se tenía “apalabrado” el contacto no se pudo concretar por un cambio en la dirección de la división y no haber recibido respuesta de quienes trabajan actualmente ahí.

Mientras tanto, se trabajó también con psicólogos del ámbito privado, generándose la muestra total según los criterios de accesibilidad, heterogeneidad y saturación (Vallés, 1997). Se fue escogiendo los psicólogos por el efecto “bola de nieve”, teniendo como criterio que estuvieran trabajando al momento de la entrevista en primaria y directamente con niños. Finalmente se realizaron 8 entrevistas de entre 40 minutos y 1 hora y 10 minutos de duración, efectuándose 5 en el sub-sistema público y 3 en el privado. Estas entrevistas se realizaron entre agosto y diciembre del 2017.

Lógicamente que la participación de los participantes en la investigación fue voluntaria, basándose la investigación en ciertos criterios éticos. Con respecto a estas consideraciones éticas, se diseñó la presente investigación teniendo en cuenta los parámetros establecidos en el Decreto CM 515 del Poder Ejecutivo 4/08/2008 de Investigación con Seres Humanos. Tal disposición se cumplió cabalmente, garantizándose así el pleno cumplimiento de los Derechos Humanos de los sujetos involucrados en la investigación. Los mismos, consintieron por escrito su participación en la misma y previamente se les informó sobre los objetivos y alcances de la pesquisa. Los sujetos participantes fueron habilitados a dejar de participar de la misma durante cualquier instancia del desarrollo de ésta. Además, en pleno cumplimiento con la ley 18.331, se mantiene en reserva la identidad de los participantes mediante el anonimato y la confidencialidad de sus testimonios. Se le hizo saber a los mismos los usos que se le dará a la información recabada, así como el derecho que tienen de acceder a los resultados de la investigación, una vez que la misma haya concluido. El mismo derecho tendrán las instituciones involucradas en el desarrollo de la presente investigación.

3.5 Pauta de Entrevista

- Como decía en el consentimiento informado, estoy haciendo entrevistas en profundidad de aproximadamente una hora para indagar sobre las prácticas profesionales de psicólogos/as que trabajan en primaria y se encuentran con niños que están tratados con psicofármacos o en algún otro proceso que pueda considerarse de medicalización. Lo primero sería consultarte que tenes para contarme sobre el tema
- ¿Qué tipo de trabajo desarrollas en la escuela? Contame algo sobre tu día a día
- ¿Cuáles dirías que son las características del abordaje que llevas a cabo como profesional?
- ¿Cómo visualizas el fenómeno llamado medicalización en la infancia?
- ¿Qué percepción tenes sobre el accionar del sistema educativo ante este fenómeno?
- ¿Has abordado en tus prácticas alguna situación que involucre el consumo de psicofármacos por parte de un niño o niña? ¿Qué acciones has llevado a cabo? ¿Lo has tomado como un problema sobre el cual intervenir?
- ¿Desde tu experiencia, qué te parece que puede aportar el psicólogo como profesional ante situaciones de niños que son medicados con psicofármacos o que se pretende que así lo sean?
- Según tu postura, ¿Qué tipo de abordaje puede desarrollar el Psicólogo en el ámbito educativo ante los conflictos que presentan los niños/as?
- ¿Recibís desde tu lugar institucional pedidos de medicación por actores con los que trabajas (maestros, directores, familias, etc.)? ¿Cuál es tu accionar o postura al respecto?
- ¿Con qué otros actores coordinas las intervenciones que llevas a cabo en estas situaciones?
- Teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, ¿hay algún elemento más que consideres pertinente contarme?

3.6 Codificación y categorías emergentes

Como se señaló en el apartado 3.2, la TF supone un proceso de codificación de los datos obtenidos, del cual se sostienen las categorías y sub-categorías emergentes en las cuales se sustentará el análisis. Es importante sostener la interdependencia de las categorías, para no dejar nunca de tener en cuenta que la división de la información recabada en las mismas se realiza con fines operativos en lo concerniente al proceso de análisis de la información. Las categorías

y sub-categorías permiten agrupar y ordenar los datos, apelando a que las mismas tengan capacidad explicativa, siendo resultado de la suficiente producción discursiva de los sujetos como para “saturar” ciertas ideas.

Así, se establecen relaciones entre los decires de los entrevistados como datos del campo de los cuales se elabora teoría, facilitándose de este modo la acción interpretativa, analítica y productiva. Como señala Soneira (2006):

“...la primera operación a desarrollar consiste en comparar la información obtenida, tratando de dar una dimensión común a un conjunto de datos que comparten una misma idea. Es lo que llamamos codificar. Codificar supone leer y releer nuestros datos para descubrir relaciones, y en tal sentido codificar es ya comenzar a interpretar” (p.156).

Además, reafirma que “de aquí surgen las categorías” (p.157). Por ende, en esta Tesis las categorías emergentes de los datos recabados tendrán vinculación con los intereses que persigue el investigador, pero más que nada surgirán de la comparación constante entre las producciones discursivas de los sujetos entrevistados. De esta forma, a partir de las entrevistas se generaron categorías guiándose por el procedimiento de “...ir articulando los componentes de una teoría dentro del método de la comparación constante, es proceder, en un primer paso, a maximizar las similitudes y minimizar las diferencias para, en un paso posterior, realizar el proceso inverso, enfatizar las diferencias entre los casos analizados” (Soneira, 2006, p. 157).

A continuación, se describe sucintamente en qué consiste cada categoría y sub-categoría correspondiente, para luego proceder con el análisis de las mismas.

Categoría 1: La medicalización se determina por otros mecanismos

Sub-categoría 1.1: La decisión del sector salud

Los psicólogos muestran poca incidencia en el proceso de medicalización. Se equipara medicalización a consumo de psicofármacos. Las decisiones las toman los psiquiatras en el sector salud. También puede tener peso otro profesional desde el ámbito clínico-terapéutico. No se interfiere con estas decisiones

Sub-categoría 1.2: La tarea propia no se enfoca en la medicalización

Los psicólogos en el ámbito educativo no realizan psicología clínica, sí psicología institucional. Esto los aleja de enfocarse en la medicalización. Trabajan situaciones más allá de si un niño esta medicalizado o no: esta variable a veces es desdeñada. No interfieren ni se abocan

a procesos psicoterapéuticos. En algunas ocasiones realizan acciones de estas características, pero el dispositivo los constriñe.

Sub-categoría 1.3: Presiones varias

La medicalización se determina en otros ámbitos que presionan para que se suceda un consumo de psicofármacos. Las maestras desbordadas suelen ser agentes demandantes de procesos de medicalización. A la interna de la escuela, las direcciones a veces también apuntan en esta dirección. Se dice tener noción de la presión de la industria farmacéutica en varios actores del sector salud. Se reconocen estos hechos con impotencia y ajenidad.

Categoría 2: Prácticas psicológicas

Sub-categoría 2.1: Observar, acompañar, derivar, y evaluar.

Se identifican varias acciones vinculadas al proceso de medicalización de la infancia. Tal proceso no es en estos casos homologado a prescripción de fármacos sino visualizado en múltiples dimensiones. Los psicólogos observan a los niños en sus desempeños y vínculos, acompañan situaciones críticas o que consideran que lo amerite, derivan a otros especialistas según sus consideraciones y evalúan efectos del consumo de psicofármacos. A su vez destacan la psicoeducación, el trabajo con las emociones y el abordaje grupal. No realizan psicodiagnósticos, pero sí hipótesis psicodiagnósticas con distintos grados de formalidad.

Sub-categoría 2.2: La escucha

La escucha es una marca identitaria de la disciplina. Se hace alusión a acercarse a los niños y sus malestares más allá de los rótulos y las etiquetas. Conlleva como impronta contextualizar las situaciones y fomentar tal contextualización y reflexión sobre las mismas en otros actores involucrados.

Sub-categoría 2.3: Adecuar la escuela

Las intervenciones de los psicólogos apuntan más a modificar la escuela que a corregir las conductas desviadas de los niños. Se dice frecuentemente que el dispositivo actual escolar no está en consonancia con la niñez contemporánea. Se encuentra muy frecuentemente la lógica de generar un contexto de aprendizaje integrador de la diferencia. Se tiene la percepción de que la Psicología es una disciplina fundamental para favorecer tal modificación del sistema educativo. La misma se considera imprescindible para evitar los sobrediagnósticos y la sobremedicalización.

Categoría 3: Intercambio con otros actores

Sub-categoría 3.1: Intercambio con otros técnicos. ¿Hay feedback?

Los psicólogos confluyen en sus discursos al resaltar la importancia del intercambio con otros técnicos. En general manifiestan que los mismos se desarrollan frecuentemente y con facilidad, habiendo algunas diferencias de apreciación entre el sub-sistema público y el privado. Se destacan coordinaciones con psicólogos clínicos, psicopedagogos y psiquiatras, manifestándose que algunos de estos últimos son más herméticos y de difícil llegada.

Sub-categoría 3.2: Intercambio a la interna de la escuela

El intercambio con otros actores de la institución escolar ocupa gran parte del volumen de trabajo de los psicólogos. El actor con el que más intercambian visiones y posturas son las maestras. Lo identifican como un trabajo muy necesario y, en ocasiones, arduo. Algunas maestras suelen quedar como portavoz de una mirada sobrediagnosticadora y un pedido (a veces explícito) de medicación para los niños. Los psicólogos se abocan a trabajar sobre estas visiones encontrando en ocasiones complementariedad y en otras resistencias. Se destaca la relevancia de cuando se logra un trabajo en equipo.

Sub-categoría 3.3: Intercambio con la familia

También se concibe como muy importante el trabajo que se realiza con las familias de los niños. Este trabajo tiene como denominador común acompañar procesos dolorosos de visualizar dificultades e intercambiar sentidos sobre las mismas. Frecuentemente, las familias aparecen como el agente que se resiste a la medicación de los niños o a consultas que puedan derivar en esto. También se señala con frecuencia discontinuidad en la adherencia de las familias a tratamientos. A su vez, es vivido por ellas con vergüenza y como un acontecimiento a ocultar. Las acciones de los psicólogos apuntan a acercar visiones, intercambiar sentidos sobre las situaciones y promover responsabilidad de las familias ante las mismas.

Categoría 4: Sentidos sobre lo farmacológico

Sub-categoría 4.1: El consumo de psicofármacos en la niñez: ¿Está aumentando?

Aquí se reúnen percepciones de los entrevistados sobre el fenómeno de la medicalización de la infancia más allá de su práctica concreta, aunque claramente ligada a la misma. Los psicólogos del ámbito privado coinciden en señalar que el fenómeno se está progresivamente extinguiendo. En lo público los desborda la sensación de que el fenómeno va en aumento y es un tanto incontrolable.

Sub-categoría 4.2: Ecuánimes ante la pastilla: ni demonización, ni idealización

Se aglutinan decires en torno al consumo de fármacos que coinciden en evitar evaluarlo cómo algo “malo” o “bueno” en sí mismo. Hay una preocupación por no caer en un posicionamiento moral ante los psicofármacos y su consumo. Se destaca la importancia de mesurar cada fenómeno según la situación singular.

Sub-categoría 4.3: La importancia de acompañar lo farmacológico

Acompasado con la sub-categoría anterior, los discursos son prácticamente unívocos al afirmar la importancia de que lo farmacológico sea visualizado como una herramienta más, pero siempre acompañado de otras herramientas terapéuticas o cambios en otras esferas.

4. Análisis

4.1 Análisis por categorías

En el presente apartado se deja constancia del análisis realizado, partiendo del proceso mencionado de codificación realizada (codificación abierta) como forma de procesar los datos con la finalidad de construir teoría desde la Teoría Fundamentada. El proceso de codificación está al servicio de reunir la información y organizarla con fines analíticos. Dicho procedimiento facilita la interpretación de la producción discursiva de los sujetos involucrados y la producción de teoría a partir de los datos. Como consecuencia, surgen categorías que se encuentran en relación estrecha entre sí, pero son discriminadas con fines metodológicos. De esta manera, surgen de las entrevistas realizadas ideas fuertes que se repiten en ellas que pasan a configurar dichas categorías de análisis, con sus propias sub-categorías. Las mismas se analizarán a continuación. A su vez, el análisis pretende relacionar las categorías y sub-categorías con los referentes conceptuales de la presente Tesis.

A) Categoría 1: La medicalización se determina por otros mecanismos

Con esta categoría se hace referencia a la idea repetida de los actores entrevistados de que, más allá de sus acciones, la prescripción de medicación (y por lo tanto la medicalización) se determina en el ámbito de la salud, teniendo sus prácticas poca incidencia en esta decisión tomada por otro profesional (médico psiquiatra) en otro ámbito (ámbito de la salud, proceso terapéutico). En estos momentos de los relatos, la medicalización es homologada a la prescripción de la medicación. Se manifiestan ciertos cuestionamientos a la cantidad de niños medicados, pero desde la impotencia o ajenidad con la última instancia de esa decisión. A su vez, se reconocen como actores activos de la medicalización a algunas maestras (e incluso directoras) como encarnando un pedido que se genera por el funcionamiento mismo del sistema educativo. A su vez, se hace mención a la proliferación de la industria farmacéutica, dando la impresión de que se percibe como algo un tanto intangible, pero a su vez omnipresente para influenciar en el fenómeno. En cuanto a sus prácticas, en esta categoría se condensan discursos que aluden a lo alejado que está su dispositivo de intervención psicológico de influenciar en estas dimensiones.

A.1 - La decisión del sector salud

En primer lugar, la saturación discursiva parece hacerse muy evidente en un punto que se resume en una frase mencionada, muy potente para marcar la idea fuerte que es compartida por los distintos entrevistados: "...eso es un profesional de la salud que medica. "Nosotros no medicamos" hemos tenido que decir. Bueno, tenemos conocimiento sobre algunos psicofármacos

las acciones que puedan tener y demás, pero nosotras no decidimos, no medicamos” (E2², p. 7, Pu³). Este hecho puede ser visto como algo objetivo y evidente: ni los psicólogos clínicos, ni menos aún los del ámbito educativo prescriben medicación: “...jamás el colegio indica una medicación, no corresponde”. (E3, p. 6, Pr.) Sin embargo, lo que se quiere destacar en esta categoría es la ajenidad con la que se posicionan todos los entrevistados durante algún momento de las entrevistas con respecto al proceso de la medicalización. Este fenómeno es entonces identificado como algo que se determina y define en el sector salud. En todo caso, se puede hacer referencia a psicólogos o psicopedagogos que realizan procesos psicoterapéuticos como determinantes, pero siempre los entrevistados se autoperciben en un lugar en el cual solo pueden acompañar o dialogar con decisiones ajenas, sin jamás influirlas. Esto ocurre tanto con la etapa del proceso diagnóstico: “uno se va haciendo la idea, pero yo no puedo hacer ese diagnóstico. Lo busco afuera entonces llega...” (E4, p. 10-11, Pr.) o “Acá en el colegio no hacemos diagnóstico de los niños, sí hacemos una etapa de observación...” (E5, p. 3, Pr.); como, sobre todo, con respecto a lo farmacológico: “Nosotros, como psicólogos en el ámbito escolar, no podemos hacer otra cosa, muchas veces, que asistir a las prescripciones médicas que corren por mano de los psiquiatras que son los que administran el nivel farmacológico de atención y del servicio, en este caso de salud me refiero. Tenemos a los médicos con todas sus cualidades, y con ello, al médico psiquiatra que es el que (parece obvio lo que estoy diciendo, pero no) prescribe y dispone el tratamiento medicamentoso, que nosotros no podemos interferir de manera directa, porque es una función que les compete a ellos, no a nosotros...” (E8, p. 1, Pu.)

En este posicionamiento, se vislumbra un territorio disciplinar ganado por la Psiquiatría como saber que se ha erigido como el idóneo para sancionar sobre esta problemática. Asimismo, el dominio de la Psiquiatría aparece de a momentos como un territorio hermético y de difícil acceso. Incluso, como un lugar de experticia con el cual no se debe interferir ni cuestionar: “Si hay un psiquiatra que indicó la medicación, yo no soy psiquiatra, la medicación se tiene que tomar. Si hay un profesional que indica determinada cosa, hay que ir a ese profesional.” (E5, p. 13, Pr.). Los relatos de los entrevistados hacen recordar la legitimidad social ganada por la Psiquiatría como aquella disciplina a la que se recurre para corregir una conducta desviada, anómala. Además, su posición dentro de las ciencias médicas la colocan en un lugar de experticia con respecto a lo terapéutico en términos generales, y a lo farmacológico específicamente. Se desenmascara una relación sistema educativo – poder psiquiátrico en la que los entrevistados se

² “E1” hace alusión a la entrevista número 1, “E2” a la entrevista número 2 y así sucesivamente.

³ Cuando se referencian las entrevistas se utilizan las abreviaturas “Pu.” y “Pr.” para hacer referencia al sub-sistema público y al sub-sistema privado respectivamente.

perciben con poco poder de incidencia en esta lógica disciplinaria que, aún vetusta y mezclada con otras lógicas, continúa vigente.

A.2 - La tarea propia no se enfoca en la medicalización

Los psicólogos entrevistados, identifican varias dimensiones de sus prácticas que son mencionadas como para sostener una idea de que la no realización de ciertas tareas y/o enfoques los aleja de trabajar sobre el fenómeno de la medicalización. En esta línea, enmarcan su desempeño profesional en el ámbito educativo dentro de la intervención institucional, con objetivos y finalidades distintas que el abordaje individual: "...las prácticas psicológicas en relación a la medicalización... amplio yo lo veo, porque por lo menos desde la propuesta de trabajo y de primaria no debería haber una distinción mayor que con el trabajo con otros niños y grupos de otras características. Porque la propuesta que yo trabajo es de una intervención grupal e institucional, no individual. En teoría, las prácticas psicológicas se inscriben dentro de ese tipo de intervención y no habría una distinción en general". (E6, p. 1, Pu.). Asimismo, se diferencian de lo que es la psicología clínica y los procesos psicoterapéuticos en la misma idea de que esto los aleja un poco de los procesos de medicalización: "No un trabajo individual con el niño, en general esos niños tienen terapia desde fuera del colegio". (E4, p.1, Pr.), así como aseguran: "intentamos trabajar en herramientas más concretas porque no podemos entrar en profundidad, no nos corresponde." (E6, p. 9, Pu.)

De todos modos, en ciertas circunstancias realizan abordajes de modalidad individual, pero parece ser que al hacerlo se están saliendo de la esencia de su rol. Manifiestan deseos de poder hacerlo en determinadas situaciones y en ocasiones los motiva una cuestión humana y ética para esas intervenciones: "Puntuales, puntuales y breves, acotadas, focalizadas, porque la demanda es muy alta como para atender a tantos niños. No es un tratamiento psicológico lo que se ofrece, es un psicólogo institucional. Si usted quiere una atención psicológica de psicoterapia, llévelo a la clínica, a una mutualista, o a un centro particular o lo que pueda, la clínica de BPS que no paga. No es que a nosotros no nos guste, pero no es el ámbito (...) esto tiene que ser en algún lugar disponible como para estar con alguien, poder trabajar, y no en cualquier parte, a menos que sea necesario. Yo he llegado a hablar con niños en el patio del recreo en invierno porque no había salones disponibles y andar por allá, en el patio abajo del árbol con camperas y hablando." (E8, p. 8, Pu.) Así, los abordajes individuales y directamente con los niños, casi siempre son caracterizados como puntuales o secundarios. Es manejado que tales prácticas no pueden ser desplegadas porque desbordarían el dispositivo. Como se mencionó, no pueden entenderse las prácticas psicológicas sin comprender las racionalidades que rigen en ese

dispositivo in situ en el que se desarrollan. En este caso, una racionalidad del dispositivo parece ser que el psicólogo del ámbito educativo se perciba a sí mismo como despotencializado en cuanto su participación en el circuito en el cual se decide la medicación. Como se mencionó, usualmente, ven con buenos ojos la no interferencia con el sector salud, en donde estas situaciones se deciden.

Además, manifiestan reiteradamente que no toman en consideración la medicalización o no de un niño para llevar adelante sus acciones. Esto se explica un poco porque de esta manera estarían evitando quedar “enganchados” o prestar demasiada atención a una etiqueta diagnóstica. Pero también se explica tal posicionamiento reiterado, por los objetivos de intervención grupal e institucional que tienen los dispositivos que enmarcan las acciones de los psicólogos en el ámbito educativo: “En realidad, te soy sincera, nosotras no trabajamos en base a lo que pueda ser si el niño está siendo medicado o no. Como que a veces nos dicen “este niño está tomando tal cosa” y nosotros decimos: “vamos a conocerlo, primero”. No trabajamos en base a si el niño esta medicalizado o no. Eso como que no es un fin en sí mismo. Al menos para mí no. No me condiciona quiero decir. Trabajo como con cualquier otro niño” (E1, p. 9, Pu.)

A.3 - Presiones varias

Los entrevistados manifiestan recurrentemente que la problemática de la medicalización los rebasa y se determina en otros ámbitos. Se identifican agentes que presionan o realizan ciertas acciones que conducen a la medicalización de los niños. A la interna de la escuela, aparecen destacados pedidos (explícitos en su mayoría) de las maestras: “Me ha pasado, por partes de docentes, este niño tiene que estar medicado. Cuando viene el pedido así (...) Se da, no te sabría decir frecuente o esporádico, pero todos los años se da. De que el maestro viene y te dice “este niño hay que medicarlo, hay que hacer algo”. Entonces ahí es cuando más me pongo... y digo “¡pará! Vamos a observar, a pensar, a ver qué pasa en la familia. Capaz nace el hermanito y el niño está más inquieto, vamos a estudiar su historia en el colegio a ver que paso el año pasado o el otro, vamos a ver que paso con este niño.” (E4, p. 9-10, Pr.). Es prácticamente unánime el señalar que las maestras le sugieren que algunos niños deben estar medicados. A veces, también mencionan decisiones de las direcciones de las cuales ellos se enteran a posteriori.

Este pedido de medicalización que se encarna en las maestras, lo viven como una visión reduccionista de la problemática, emergente de un sistema que se encuentra desbordado. Por lo tanto, suelen atender tal pedido, pero poniéndole un freno: “Cuando una maestra te hace un planteo o un docente: “este chico precisaría ritalina o este chico precisaría un antidepresivo”,

nosotros no lo leemos como el fármaco, sino que lo leemos como acá hay una lucecita amarilla que se está prendiendo, estemos atentos que por algo el docente que está tantas horas con este chico, sugiere al departamento esta preocupación. Pero no lo tomamos como fármaco, te vuelvo a repetir.” (E3, p. 9, Pr.) Incluso la resistencia puede ser más intensa y despertar enojo hacia el enfoque que sostienen las maestras: “...entonces muchas veces también, cuando al equipo médico, psicólogo, le llega el informe, este niño necesita medicación. ¡No! ¡No! (...) Por ejemplo, nos lo dicen a nosotras: “este niño necesita medicación”. ¿Y yo que sé? capaz que sí, pero le pasan cosas. (E6, p.5, Pu.)

Aquí parecen subyacer dos concepciones distintas del sufrimiento y el malestar humano. Por un lado, los psicólogos presentan una visión dinámica y contextual del sufrimiento, haciendo énfasis en indagar las condiciones en las cuales el mismo se produce, así como trayendo la importancia de tener una mirada evolutiva. Por otro lado, otros actores (los más señalados suelen ser algunas maestras) muestran su predisposición a adherir con mayor facilidad a acciones que evidencian el entendimiento de muchos malestares humanos como desordenes bioquímicos del cerebro. Estas concepciones, tributarias de las ciencias biológicas, predisponen al pedido de medicación como única respuesta válida a diversas manifestaciones del malestar psíquico: “...Que cuesta. Cuesta porque a veces las maestras necesitan el diagnóstico y las pastillas para sentirse tranquilas que algo está pasando, que está en tratamiento. Estos otros tratamientos que son menos visibles les cuestan el tiempo de espera.” (E5, p. 5, Pr.)

Otras veces, la fuerza que empuja el fenómeno de la medicalización no puede ser identificada con un agente en particular, percibiéndose más difusa. Se menciona el funcionamiento del sistema educativo o la falta de respuesta de las familias como un factor: “Yo siento que hay muchísimos niños que están medicados, y muchas veces hay una alta disfunción familiar donde la medicación viene a cubrir el bache de esa disfunción familiar. Y para mí es tremendo, porque invisibiliza o sigue invisibilizando el problema de base y coloca el problema en el niño” (E6, p.18, Pu.)

Con respecto a presiones externas, se refieren a beneficios económicos del sector salud para generar este fenómeno, y se critica la velocidad y poca reflexividad con el que en ocasiones se actúa en el mismo. Se percibe impotencia ante la permeabilidad que puede tener la industria farmacéutica para influenciar en actores del sector salud y en la interna del sistema educativo, generando la sensación de que las decisiones técnicas que los rebasan, están además “contaminadas” por un grupo de poder económico que influye en el ámbito de la salud y en el educativo, con lógicas lucrativas y de marketing: “Entonces tenemos que tener mucho cuidado

aparte, porque estamos hablando de la salud de niños o niñas aparte. Y un tema que preocupa que sea la salud mental, que tiene resonancia a nivel familiar, colectivo, docentes, compañeros. No es un tema para manejar a la ligera. Aparte uno ve cómo crece todo el consumo de fármacos. Los niños son un resultado de una expansión farmacológica que comenzó después de la 2da guerra, por lo menos, y claro, hay un mercado nuevo sobre niños ahora. Entonces, ¡jojo con eso! Porque esto no deja de ser por plata. Las pastillas no te las regalan, las fabrican, las distribuyen, etc. Todo por plata.” (E8, p. 13, Pu.) Como enfatiza el mismo entrevistado: “...y al mismo tiempo hay una industria atrás que quiere expandir su mercado y va querer imponer la pastilla” (E8, p. 13, Pu.)

B) Categoría 2: Prácticas psicológicas

En esta categoría condensan los discursos que hacen referencia a las múltiples acciones que realizan los entrevistados desde el ámbito educativo en torno a los procesos de medicalización de los niños. Se reconocen aportes propios de sus prácticas profesionales que permiten relacionarse con el niño de ciertas modalidades beneficiosas para éste y su entorno; así como intervenciones con agentes del mundo adulto. A diferencia de en la categoría anterior, el proceso de medicalización de la infancia es visibilizado en estos casos como algo más vasto y complejo que la prescripción medicamentosa. Muchas veces, las prácticas mencionadas son reconocidas en su potencial de evitar un tipo de tratamiento de índole farmacológico, o de complementarlo y desmitificarlo en las representaciones sociales “mágicas” que suelen asociársele; así como también involucrar a adultos y señalar que el problema no está solo en el niño. De esta manera los entrevistados destacan acciones profesionales como la escucha, el seguimiento en clase, la psicoeducación, el trabajo con las emociones, la contextualización familiar, etc. Asimismo, son destacadas distintas técnicas de trabajo a nivel grupal, que hacen a la socialización y al aprendizaje del niño.

Es importante realizar dos aclaraciones. En primer lugar, esta categoría puede parecer contradictoria con la primera, en la cual se reunieron producciones discursivas que situaban al fenómeno de la medicalización como algo que se definía fuera del ámbito educativo y por otros actores. Sin embargo, no hay contradicción, ya que aun siendo cierta esa identificación de que hay aspectos concernientes a la medicalización se definen en el sector salud, eso no quita que los psicólogos desde el ámbito educativo llevan adelante una pluralidad de prácticas relacionadas al tema. Puede ser que un mismo entrevistado se autoidentifique como ajeno al tema cuando homologa medicalización con medicación, pero como un actor activo en el proceso cuando refiere

a otras aristas de la medicalización. Por esto, se prefiere relacionar las categorías no desde la contradicción, sino dando lugar a los múltiples sentidos que pueden albergar las producciones discursivas. Cabe señalar que el término “medicalización” se utilizó durante el desarrollo de las entrevistas sin precisar su significado, para promover justamente la aparición de esta pluralidad de sentidos en los discursos. La segunda aclaración es que gran parte de las prácticas psicológicas a las que refieren los entrevistados tienen que ver con el trabajo con otros actores. Los discursos respecto a estas prácticas son tomados en la categoría siguiente y omitidos en la actual, si bien se entiende que están ampliamente relacionadas y la división es únicamente con fines organizativos-metodológicos

B.1 - Observar, acompañar, derivar y evaluar

Como se mencionaba, los entrevistados hacen referencia a una gran cantidad de acciones que llevan adelante vinculadas al proceso de medicalización de los niños. De esta manera, en gran parte de los discursos se hace hincapié en la observación del niño en el entorno educativo (principalmente en el aula) como una actividad que se realiza frecuentemente: “Siempre estamos en contacto con los chiquilines y observando diferentes situaciones.” (E5, p. 10, Pr.). De esa manera, se hace posible repensar y cotejar posibles diagnósticos o problemáticas que se le atribuyen al niño; así como hipotetizar sobre posibles explicaciones a las situaciones que se presentan: “...yo generalmente los conozco a los niños de acá hace años que trabajo y conozco y voy y observo la clase a ver qué pasa, que paso, cuanto hace que el niño se está comportando de esta manera” (E4, p. 10, Pr.). Hacen hincapié en que la observación no se realiza con fines diagnósticos, ya que no se encuentran en un ámbito válido para realizar un psicodiagnóstico; pero sí se realiza todo un trabajo de aproximarse a la problemática que tiene el niño, en general respecto al aprendizaje y los vínculos interpersonales. Esta observación a la que hacen mención puede tener consecuencias en torno al proceso de medicalización de los niños, en tanto, por ejemplo, puede haber un rótulo o etiqueta diagnóstica que se maneje (por las maestras u otros miembros de la institución que accedieron a algún informe) que puede dejar de tener efecto. A su vez, puede suceder lo contrario: la observación puede ser el primer paso de un proceso que termine en la consulta a otro especialista por cuestiones que llaman la atención de los psicólogos. En estos casos, la observación constituiría el primer eslabón de una cadena que puede finalizar en la medicalización, con o sin prescripción farmacológica. En la mayoría de estos casos se suceden con la familia mediante, haciéndola participe. De todas maneras, el valor mayor de la observación parece estar puesto en algo vago pero importante como conocer al niño, haciendo referencia al contacto directo y la observación de ese sujeto en el grupo, para así rebasar una

etapa en la que se pueden quedar con la idea de lo que dice un informe u otro actor (familia, maestra, etc.): “Desde mi punto de vista, la psicología me parece que tiene mucho para trabajar porque sin duda que podemos tratar de comprender a ese niño qué le pasa, por qué está así, en relación a su familia, qué está viviendo, por qué reacciona así, qué le está pasando en la clase, en la escuela, en la comunidad escuela porque a veces se sienten discriminados. Y bueno, tratar como de entender que le pasa y trabajar esas cosas” (E1, p.5, Pu.)

Por su parte, el acompañamiento se menciona como una acción que se realiza en algunas situaciones de niños que llaman la atención o generan alguna demanda (o del cual reciben algún pedido). En estos casos, aparece el trabajo directo con el niño atendiendo su situación, tratando de acceder a ellos desde un punto de vista que se caracteriza por hacer énfasis en contextualizar las problemáticas que se abordan. Para sustentar tal acción, se suele realizar una exploración con la familia, en pos de tener más información y de involucrarla en la situación: “Detectamos ciertas dificultades en el niño. Primero llamamos a los padres, les informamos lo que estamos observando. Ver si ellos están viendo las mismas cosas que nosotros estamos viendo, indagamos un poquito como es la situación familiar. Un cambio en lo familiar que puede provocar que el niño tenga determinada conducta, pero eso lleva entrevistas con la familia. Cuando consideramos que necesita una intervención externa, le decimos a la familia que consulten con el médico tratante. Que haga un informe y ahí se deriva. A veces directamente decimos “necesitamos un psicopedagogo”.” (E4, p.5-6, Pr.). Luego, se puede llegar a realizar tal acompañamiento en estrecha coordinación con un agente interno a la escuela (dirección, maestra, profesor de educación física, etc.) o externo a la misma (psicólogo, psicopedagogo).

Como se dejaba entrever líneas arriba, la derivación es otra de las acciones que realizan los psicólogos con mucha frecuencia. En estos casos, más allá de la no realización de un psicodiagnóstico, hay una primera aproximación a la problemática con una mirada técnica que influye en los carriles y caminos que seguirá el abordaje a la situación del niño. Ahora sí, aparece de forma más clara una decisión que se toma según propios criterios profesionales, y en conocimiento de los diferentes caminos en los que podría derivar sus intervenciones: “Generalmente, se desprende del informe de lo que mandamos. Si en ese informe está involucrado el aspecto pedagógico, vamos a diagnosticar un aspecto psicopedagógico. Sino podemos pedir un psicodiagnóstico, si el niño tiene menos de 8 años y a veces se complica el aspecto pedagógico. A veces pedimos directamente consulta con el psicólogo, si consideramos que el niño necesita un espacio para expresarse. Y también, cuando nosotros hacemos el informe, hacemos hincapié en determinados aspectos. Si la madre o el padre llevan ese informe

al pediatra ya sabe, porque si nosotros ponemos en el informe que nosotros queremos una consulta con el psiquiatra un poco les rechina y les cuesta más que el psicólogo. Entonces ponemos muchos aspectos que tienen que ver con una consulta médica y el pediatra hace una derivación al psiquiatra o al neuropediatra.” (E4, p. 6-7, Pr.) Si bien no hay un psicodiagnóstico, puede haber una hipótesis diagnóstica que podrá ser confirmada, rechazada o reformulada por fuera de la institución: “Entonces, cuando llega a veces un papa a la consulta y le dicen “del colegio me dicen que esta desorganizado, que es desatento que no hace nada”, ahí ya se le está dando mucho insumo de información al técnico que capaz que a partir de eso más alguna prueba ya rápidamente llega a este diagnóstico. Entonces, yo lo que creo es que es muy importante generar toda una secuencia de diagnóstico para poder afinar cada vez más e indicar medicación cuando sea necesario.” (E3, p.7, Pr.)

Mientras tanto, los discursos que se dan sobre todo en el sector privado, saturan al decir que muchas veces actúan dentro del ámbito educativo para evaluar cuestiones como los ajustes de la medicación. Es decir, que realizan acciones concretas vinculadas a la medicalización como son el llenado de formularios que les hace llegar otro profesional o el envío de informes sobre los cambios suscitados a través del consumo farmacológico: “...los psiquiatras más conocidos de esto, nos mandan los protocolos de observación. Ya sabemos que le van a dar medicación, la familia llena uno, la maestra uno y nosotros otro. Y eso le mandamos al psiquiatra y el psiquiatra le retira sin problema. La ritalina, si el niño la necesita y la toma, cambia de un día para el otro (...) En la escuela es donde más se necesita prestar más atención e inhibir cosas que le interesan más para prestar atención a lo que le interesa menos.” (E5, p. 8, Pr.) Asimismo, puede intercambiarse con las familias sobre tales cambios: “Nosotros desde el departamento también visitamos las clases, cuando hay un cambio en la medicación, nos ha pasado en chicos, por ejemplo, que tenemos el caso de un chico que tiene un trastorno por déficit atencional que recién ahora en este momento se está haciendo una evaluación y esa evaluación requiere estar por ahora sin fármaco. La familia aviso al colegio que desde ese día está sin medicación, entonces nos piden que estemos muy atentos, bueno nosotros entonces visitamos la clase, después compartimos con la familia con medicación sucedió esto, sin medicación sucedió esto, eso también lo generamos.” (E3, p.4, Pr.) Si con la observación podíamos colocar al psicólogo del ámbito educativo en el primer eslabón de un proceso de medicalización, aquí aparecen colocados en otra etapa, cumpliendo un rol protagónico en la evaluación de los efectos de algún proceso terapéutico (en general con medicación). Sus informes y evaluaciones son tomados en cuenta para reducir, aumentar o quitar medicación.

B.2 - La escucha

La escucha, parece ser una marca de identidad de la disciplina, un sello distintivo de las modalidades de abordaje, según se condensa la producción discursiva de los entrevistados. Con el término “escucha”, se están aglutinando una variedad de acciones que tienen que ver con acercarse al sujeto portador de cierto dolor psíquico, malestar o enfermedad, de una manera ética y profesional, para lograr producir una mirada más genérica sobre aquello que hace síntoma: “Por supuesto, hablar con el niño: “a ver ¿qué te pasa?, me conto la maestra que a veces te pones triste”, y dar ese espacio. No porque haya un pedido y va a derivar en un informe, primero lo vemos nosotros”. (E4, p. 10, Pr.) Esta modalidad de acercamiento y vínculo profesional que establecen los psicólogos del ámbito educativo con los niños, tiene que ver con la medicalización en el sentido que lo que busca es rebasar los diagnósticos y las etiquetas que a veces son vistas como obturantes de otros enfoques. Así, se afirman en la hipótesis de que existe sobre la infancia escolarizada un sobrediagnóstico, lo cual los motiva a acercarse a ciertas situaciones para abordarlas desde una óptica diferente. Hay un intento bastante explícito y consciente de conceptualizar al niño más allá del rótulo que otros le pusieron. Se espera que esto genere cambios, y se busca que la mirada externa de la Psicología promueva otros enfoques en otros actores: “...porque hay veces que están sobremedicados. Hay niños que, a veces, parece que tuvieran déficit atencional, y viene por otro lado, viene por lo afectivo y por lo emocional que está viviendo en la casa, y hay que diferenciarlo. A veces cuando el niño empieza a poner en palabras esas cosas, empieza a ver qué es lo que él siente y a relacionarlo con lo que le pasa en la casa o acá mismo ¿no? Empieza a hablar y va cambiando su actitud. Y ya desde la maestra, que lo veía quizás de una forma, que era un niño que tenía que medicarse, ya le cambia la visión, porque lo pueden ver en su contexto al niño” (E2, p. 13, Pu.). Así, se manejan finalidades de intervención asociadas a generar visibilidad, averiguar qué realmente está pasando, facilitar la comprensión de una situación en toda su complejidad, etc.

Asimismo, aparecen resaltadas las cualidades terapéuticas y de prevención que puede tener una escucha pertinente profesionalmente: “...y el primer contacto suele ser con el niño, “¿qué te pasa?”, y ahí es que muchas veces es que son niños que no los escuchan, que no los entienden. Y ahí tratamos de poder escuchar primero al niño para poder trabajar algo de eso sin romper el secreto profesional, y trabajar algo de eso porque trasciende la escuela, es algo más complejo. Si eso no se trabaja en el futuro puede tener consecuencias... futuro inmediato”. (E6, p. 9, Pu.). Aquí, la Psicología aparece como una disciplina con un potencial de cambio significativo, y aun desarrollándose en el ámbito educativo, parece poder generar efectos

terapéuticos al solamente con el hecho de propiciar otra mirada y promover otros relacionamientos con respecto el niño con sufrimiento mental: "...el niño va cambiando de actitud, ya no es ese niño que inquieta, se dispersa y que no puede con su cuerpo: empieza a poner las cosas en palabras" (E2, p. 14, Pu.). Es pertinente volver sobre las concepciones de Galende (2008) sobre la Psicología, en las cuales rescataba lo beneficioso que puede resultar para el "sufriente mental" el proceder de esta disciplina en cuanto la misma se enfoca en rescatar la singularidad de tal sufrimiento, estimula la participación activa de este sujeto en la comprensión de sus síntomas, valoriza la palabra del mismo y se basa en el establecimiento de un vínculo humano entre este sujeto y un Otro (encarnado aquí en la figura del psicólogo). Claro que estas apreciaciones de Galende remiten más a los procesos psicoterapéuticos, y refieren a una Psicología tributaria de la tradición psicoanalítica; pero esto no quita que tales lógicas puedan componer las racionalidades de las prácticas de los psicólogos del ámbito educativo. Esto resulta interesante para pensar lo terapéutico (en general y en los procesos de medicalización particularmente) como un efecto de acciones que pueden involucrar actores y escenarios diversos.

B.3 - Adecuar la escuela

Otro punto en el cual las producciones discursivas de los entrevistados saturan es con respecto a realizar acciones en intervenciones que incluyan al niño señalado como problemático, pero rebasando al mismo. Por ende, sus acciones irán dirigidas a hacer lo posible por generar cambios en el entorno educativo y facilitar el aprendizaje, evitando intervenciones que se basen únicamente en corregir y adaptar al niño a la institución. Se busca en cambio (otra vez bastante consiente y explícitamente) que la institución pueda adaptarse al niño en pos de explotar sus singularidades y hacer valer su singularidad: "Para mí, el rol del ámbito educativo es que el chiquilín tenga la educación más digna posible y si el chiquilín necesita determinadas adaptaciones o estímulos particulares la escuela se lo tendría que brindar porque es el tránsito curricular del chiquilín y de su vida." (E7, p. 10, Pu.).

Los entrevistados hacen referencia frecuentemente a la importancia de que el sistema educativo logre tener características inclusivas hacia la diferencia, pudiendo trabajar e incorporarla a su cotidianeidad; tanto en el trabajo de aula como en la evaluación: Pero igual se hace un trabajo con la maestra, se trata de saber qué es lo que espera esa maestra de ese niño. Y después todo el tema de la evaluación: ese niño que tiene hiperactividad le ponen en el carnet niño inquieto. ¡Y sí, es como pedirle al ciego que vea! O evaluar la atención con un 5. Nosotros, en este colegio, tenemos adecuación curricular. Eso no solo implica adecuar la enseñanza para

que el niño que tenga alguna diferencia desde el punto de vista físico: si es inválido vamos a adecuar las escaleras. Bueno, también si tiene otro tipo de diferencia como la atención, entonces también tenemos que adecuar la enseñanza a eso. Por ejemplo, permitirle que este parado en el último banco porque necesita estar parado (...) No solo adecuar la práctica de la enseñanza para que el niño pueda aprender, sino que tenes que adecuar la nota de la evaluación.” (E5, p.6, Pr.). Esta adaptación es lo deseable unánimemente entre los psicólogos entrevistados, para así evitar que la escuela continúe con una inercia homogeneizante que parece acarrear desde su creación: “la escuela tiende a ser normalizadora históricamente como institución, se puede volver prescriptiva sobre algo que no le corresponde. Por ejemplo, que el niño tome medicación.” (E8, p. 10, Pu.)

Aquí, la idea subyacente que parecen compartir es que en la institución educativa se patologizan las conductas desviadas. Los entrevistados concuerdan en identificar un desacople entre el funcionamiento de la institución escolar y las formas subjetivas de la infancia contemporánea. A su vez, se preguntan si el sobrediagnóstico (y la consecuente sobremedicalización que suele conllevar) no se explican por esta disonancia entre una institución que acoge a los niños cada vez más horas, exigiéndoles atención y quedarse sentados, cuando sus procesos de socialización y producción subjetiva se han modificado drásticamente, sobre todo con respecto a las imágenes y la movilidad: “...pensar: ¿por qué tantos niños medicados? Para mí en esto, está de cambiar las estrategias educativas, actualizarlas un poco. Actualmente el niño aprende de tantos lugares, no solo del maestro y el pizarrón: aprende de internet, de sus pares, tiene una fuente de información y aprendizaje tan variable de estímulos que a veces el maestro con el pizarrón puede resultar menos atractivo. A veces, son niños que no se adaptan a esa modalidad y no es que tengan una patología. A mí eso me genera... me cuestiona ese tipo de cosas. Me pregunto. (...) Trabajar con la subjetividad, eso también ha cambiado, cambia con la cultura, con el tiempo histórico. No son los mismos niños en este año que en 1900, hay que tener en cuenta las investigaciones en relación a eso, y eso me parece que es un trabajo que puede dar la psicología a la interna del sistema educativo”. (E4, p. 10, Pr.)

Se hace evidente en estas afirmaciones de los psicólogos entrevistados, como la Psicología tiene momentos de corte con su tradición de auxiliar el poder disciplinario más clásico: aquel que se ejercía sobre el cuerpo individual en las instituciones disciplinarias, modelando los comportamientos y castigando el desvío a la norma; en definitiva, la anatomopolítica. Pero no debe leerse aquí que las racionalidades de las prácticas psicológicas están eximidas de los juegos de poder, algo que sería inconcebible. Como se explicó anteriormente, con la noción de

gubernamentalidad (Foucault, 2006), se puede comprender como el biopoder es el ejercicio de poder privilegiado en la contemporaneidad. La forma de regular la vida de las poblaciones, supondrá entonces, potenciar los rasgos vitales y apelar al autoconocimiento, autorregulación y explotación de las potencialidades de los sujetos. A su vez, se fomenta la emergencia de las singularidades y la aceptación de la diferencia en distintos ámbitos de la vida social (en este caso, el ámbito educativo) dentro de cierto marco normativo, en un juego de libertades cada vez más posible en el escenario de la hegemonía ideológica neoliberal. (Rose, 2007).

C) Categoría 3: Intercambio con otros actores

Gran parte de las acciones que llevan adelante los psicólogos en el ámbito educativo, según mencionan en las entrevistas, refieren al trabajo con actores adultos de “afuera” o de “adentro” de la institución. Por lo antedicho, las distintas sub-categorías serán en función de con quienes trabajen, aunque se entiende que en las intervenciones los intercambios suelen hacerse de manera simultánea y tal división se realiza únicamente con fines operativos. Esta categoría deja entrever que gran parte del accionar psicológico tiene que ver con la acción concreta de dialogar, intercambiar verbalmente (o a través de informes en el caso que sea entre técnicos), sea en instancias más delimitadas como las entrevistas y reuniones, como en situaciones más espontáneas. De esta manera, las intervenciones están vinculadas a generar sentidos sobre hechos, abrir visibilidad sobre fenómenos y promover nuevos enfoques, racionalidades y acciones por parte de otros actores.

En esta categoría, existe una diferenciación mayor que en otras entre los discursos de los psicólogos del sub-sistema público y los del privado. Esto se explica porque los dispositivos de intervención son muy distintos y, por ende, la cercanía/lejanía de algunos actores está marcada por el funcionamiento institucional de los psicólogos. De todas maneras, debe destacarse que la categoría se codifica porque todos los entrevistados confluyen en mencionar el trabajo con técnicos, maestras y familias como acciones primordiales que llevan adelante en el día a día. Incluso, la mirada institucional que tienen sobre su trabajo, alejada de la psicología clínica, hace que algunos de estos agentes mencionados sean más claramente delimitados como sujetos sobre los cuales intervenir en comparación con los propios niños; cualquiera sea el sub-sistema del cual estemos hablando.

C.1 - Intercambio con otros técnicos. ¿Hay feedback?

En las distintas entrevistas se hace hincapié en el esfuerzo que se hace por tener un diálogo fluido y un intercambio cercano con aquellas redes y/o profesionales que se consideren pertinentes para la situación que el trabajo con el niño demande. Con respecto al intercambio

interinstitucional, se ha visibilizado una facilidad de comunicación entre la escuela pública y la salud pública, y entre los colegios privados y la salud privada; mientras que a la escuela pública se les dificulta especialmente el acceso a los profesionales de las mutualistas: “Sí, más que nada con Salud Pública. Con ASSE tenemos más cercanía. Es un poco más difícil acceder a los técnicos de las mutualistas. Lo hemos hecho de todas maneras, pero sí.” (E1, p. 12, Pu.).

En la mayoría de las entrevistas se hace mención a un intercambio rico y fluido con profesionales que actúan fuera de la institución. Se dice mayoritariamente que para ambas partes la comunicación es muy importante: para ellos, como psicólogos de las escuelas, es muy importante acceder a informes o estar en conocimiento de situaciones vitales que le estén sucediendo al niño; así como para el resto de los profesionales el desenvolvimiento del niño en el ámbito educativo, con sus desempeños en relación al aprendizaje y su comportamiento respecto a un grupo de pares, es insoslayable para ver cómo evolucionan o se desarrollan ciertas situaciones.

Como se mencionaba, entre lo público y lo privado aparecen diferencias: mientras en el último sub-sistema mencionado siempre se destaca familiaridad y cercanía con los técnicos, en el público esto se da algunas veces y otras no. En el público se menciona más la necesidad de proactividad por parte de ellos para acceder a algunas informaciones. Esta más vinculado a una acción de salir ellos a buscar y contactar a los técnicos involucrados. En general se menciona en términos de “formar redes”. Este contraste se puede ilustrar con las siguientes dos citas, pertenecientes a diferentes sub-sistemas: En el privado se dice: “Y es fluida la comunicación, muy fluida y más hoy en día, con el whatsapp. Siempre embromamos que tenemos fácil por día 10 audios para escuchar de los técnicos” (E3, p. 11, Pr.). Mientras tanto, desde el público cuentan: “¿Cómo se da? Y bueno, a veces tenemos que ir nosotros al lugar y pedir entrevista. Nos ha resultado más fácil acceder al ámbito público que al privado. ¡Mucho más fácil! (...) El ámbito privado queda muy reservado de la información. Muchas veces se resisten. Sin embargo, en el ámbito público se está intentando de hecho armar una red de participación donde justamente se estaba haciendo esto de coordinar acciones, intentando formar una red con una reunión mensual...” (E2, p. 8, Pu.)

Por parte de los entrevistados, aparecen mencionados fonoaudiólogos, psicólogos clínicos (psicoterapia), psicopedagogos y psiquiatras. Sobre estos últimos, puede decirse que aparecen con distintos grados de hermetismo según las entrevistas. En el sub-sistema privado suele hablarse de un contacto frecuente y disponibilidad siempre que se necesite, tanto de un lado como del otro, mostrando satisfacción con las respuestas que reciben de parte de los

distintos profesionales del sistema de salud: “Sí, te diría que en el 90 % de los técnicos están disponibles a hacer ese tipo de cosas porque trabajando con un niño tenes que tener claro que debes tener un relacionamiento fluido con el ámbito educativo. Es muy raro, y la verdad que son contados con los dedos aquellos técnicos que ponen trabas a nivel institucional” (E3, p. 11 Pr.). Mientras tanto, en el público, encontramos un abanico que va, desde una situación similar a la de los privados, hasta la falta total de contacto por poca disposición del psiquiatra a comunicarse con la institución educativa, como queda patente en la siguiente consideración: “A mí lo que me sorprendió, que yo no lo sabía, es que los psiquiatras son reticentes a dar el diagnóstico y darte el por qué median de la forma que median.” (E7, p. 9, Pu.). Incluso con un más enojo e indignación otro entrevistado afirma que “A veces hay informes de la maestra, las maestras son muy del informe, otros ámbitos no, por ejemplo, el psiquiatra sin ir más lejos. Le das un papel así y te lo dan fotocopiado, es poco serio me parece, no se dan cuenta. (...) Solicita informes y en el mejor de los casos devuelve esquelas ilegibles. Otras veces no, te mandan esquela que se pueden leer, pero un informe en hoja A4 con la fecha y no sé qué, ¡olvídalo! ¡Yo nunca vi, nunca vi! (E8, p. 8, Pu.)

El abanico de posibilidades mencionado es interesante para pensar las distintas posibilidades de relacionamiento que se pueden establecer entre la Psiquiatría y la Psicología en procesos de medicalización, en instancias basándose en el apoyo y la complementariedad, así como en otras vislumbrándose una disputa de poder y de concepciones disimiles. De todos modos, es justo resaltar que en términos generales los entrevistados muestran satisfacción y destacan la importancia del intercambio que realizan con diferentes instituciones que son vitales en el desarrollo vital del niño, así como el recurrente intercambio que se realiza con diferentes profesionales de dichas instituciones.

C.2 - Intercambio a la interna de la escuela

En las entrevistas, se observa una clara saturación en los discursos que refieren a cómo gran parte de las acciones realizadas por los entrevistados desde su rol es el trabajo con otros actores de la institución escolar, sobre todo con las maestras; erigiendo en ocasiones la articulación con el cuerpo docente como el quehacer primordial del psicólogo del ámbito educativo. En los discursos se hace patente que los psicólogos se abocan con intensidad a trabajar con las maestras y realizan esfuerzos para establecer un vínculo de trabajo colaborativo y complementario. Sin embargo, no siempre se logra. En los colegios privados hay más conocimiento entre psicólogos y maestras, lo cual facilita el acercar posturas e intercambiar sentidos, significados y visiones. Mientras tanto, en el sub-sistema público, el dispositivo

“Escuelas Disfrutables” genera que los psicólogos trabajen en aproximadamente 15 escuelas que tienen asignadas. Por lo tanto, hay todo un trabajo a realizar por parte de los psicólogos que consiste en presentarse, aclarar su rol y “ganarse” un lugar en la dinámica escolar: “...falta un poco más capaz de esta concientización del por qué, el para qué trabaja un psicólogo en la escuela. Que creo que la gente más o menos ya lo está entendiendo. Que cada vez que nos acercamos les decimos, tanto a los niños como a las familias, “nosotras acá estamos para esto...”. Incluso les preguntamos a los chiquilines y a las familias: “¿Para qué creen que está un psicólogo en la escuela?”. Y trabajamos sobre esas cosas.” (E1, p. 6, Pu.)

De todas maneras, más allá de estas diferencias entre los sub-sistemas, en todas las entrevistas se destaca el trabajo de intervenir sobre algunas lógicas o racionalidades de las maestras, así como apoyarlas para manejar temas en los que no tienen la formación suficiente (emociones, sexualidad, etc.). Una de las claras aspiraciones de los psicólogos en su trabajo con las maestras es re-situarlas en su posicionamiento sobrediagnosticador; tarea tan prioritaria como difícil. De modo que, con respecto a la medicalización todos los entrevistados evitan generalizar, pero aun así identifican a las maestras como un frecuente agente promotor del sobrediagnóstico y demandante de la medicación: “Sí, necesita del diagnóstico. cuando nos reunimos con técnicos o mandamos un niño a evaluación, y después vamos a recibir a los técnicos que los evaluaron y recibimos un informe, ellas esperan la última hoja donde dice que tiene (...) No se dan cuenta que ella es parte de ello, es parte de la enseñanza. No es lo mismo en una clase tener tres niños con el mismo trastorno, pero van a funcionar diferente y con el vínculo con la maestra. Si la maestra se pone las pilas, el niño va a funcionar mejor que si trabaja de otra manera.” (E5, p. 6, Pr.) En alguna entrevista, se señala que esto se da más en las de “la vieja escuela” (Entrevista 5, p. 5, Pr.), marcando una diferencia entre las generaciones del cuerpo docente.

Es claro el trabajo destinado a ampliar la mirada de las maestras sobre aquellos niños que se salen de la norma, por vías distintas a la medicalización más clásica. Hay una preocupación sobre el excesivo interés que tienen algunas maestras por llegar a tener un diagnóstico, la necesidad del rótulo que funcione como explicación definitiva. Además, en algunos casos, se hace mención a que estos diagnósticos son manejados muy a la ligera, con poca confidencialidad y con una visión no evolutiva de los mismos. Todo esto se intenta trabajar con las maestras, encontrando en algunas buena recepción y complementariedad para un trabajo futuro: “La maestra reclama. ¡No puede ser que no haya un diagnóstico! Y en realidad nosotros como sabemos que se está dando esa visión del no-diagnóstico, decimos “bueno, pero capaz que el

diagnostico no es lo importante, sino saber cómo encarar a ese niño con esas dificultades que tiene, más allá del nombre””. (E2, p. 5, Pu.)

Otro aspecto destacable es directamente el de la medicación. Los entrevistados dicen recibir pedidos de las maestras de que algunos niños puntuales sean medicados; más allá de que tengan claro que el psicólogo del ámbito educativo no tiene la potestad de prescribir medicación. Igualmente, estos hechos advierten a los psicólogos sobre la posibilidad de que se esté pensando la problemática de los niños de una manera un tanto reduccionista, por lo que este enfoque y lógica de medicar lo que se desvía puede pasar a ser un objeto de intervención para estos psicólogos ya que “y a veces tienen la fantasía o el pensamiento mágico de que le dan la pastilla y que el niño va a dejar de molestar.” (E8, p. 6, Pu.) Esto no quita que el pedido de la maestra sea tomado como una advertencia sobre la situación, la cual es tomada para acercarse, observar y dirimir sobre la situación del niño, pudiendo derivar en un abordaje (en conjunto con ellas o no) o derivación.

C.3 - Intercambio con la Familia

En esta sub-categoría, se agrupan discursos similares con respecto al trabajo con las familias, que a su vez son similares en algún aspecto a lo que manifestaban anteriormente sobre las maestras: los discursos coinciden en señalar el trabajo con las familias como de una importancia muy significativa, en tanto las intervenciones con menores de edad suelen involucrar a sus familias. También se dedican entonces muchas acciones, espacio y energía al trabajo con familias, siendo significativo que en el sub-sistema público suele llamárseles con este vocablo (“familia”) mientras que en el privado se utiliza más “padres”. Esto da la pista sobre cómo en el privado se trabaja (o al menos se tiene el imaginario de que se trabaja) con núcleos familiares más constituidos, mientras que en el público se trabaja, prácticamente, con cualquier referente adulto que responda a las demandas institucionales.

Conviene señalar que se hace frecuente el discurso de que la familia tiene bastantes resistencias respecto a la medicación, o a veces incluso, a realizar consultas con otros profesionales. Por lo tanto, muchas veces el trabajo desde los psicólogos del ámbito educativo consiste en acompañar este proceso de descubrimiento de dificultades del niño, haciéndoles ver la problemática a familiares que frecuentemente la niegan. En diferentes discursos, aparecen mencionados actos de visibilizar conjuntamente con las familias problemáticas y distintos pasos a seguir ante las mismas; en otros se refieren a la acción de convencerlos a que comiencen o continúen un tratamiento: “Nos ha pasado situaciones que el niño tenga indicación de tomar medicación y que la familia no se la quiere dar. (..) nosotros desde acá vemos la necesidad de la

medicación cuando está indicada desde el psiquiatra, llamo y la familia se niega y este es un trabajo difícil. Porque las familias son las responsables de dar medicación, nosotros no podemos obligar ni el medico puede obligar, pero vemos que son niños que de pronto se beneficiarían. Están como pasando... sucediendo cosas y bueno, hay cosas que se sobrellevan mejor con medicación. Nosotros lo trabajamos con los padres, pero a veces se consigue vencer esas resistencias y otras veces no" (E4, p.4, Pr.). Y, también a veces, se menciona que se presiona a los familiares para que accedan a algún tratamiento porque el niño presenta muchas conductas disruptivas o problemas del aprendizaje: "...en los casos más graves, los chiquilines se ponen violentos y le decimos "por cada vez que se porten mal o se ponga en riesgo él, los vamos a llamar que lo vengán a buscar". Le pegó a un compañero y es tanto, tanto. Ahí empezamos a generar visibilidad de justamente... no todo le contamos a los padres. No es necesario, pobres padres. Pero cuando los padres no lo ven trabajamos hasta que se den cuenta. Él tiene este problema, no se puede controlar, hay un psiquiatra que indicó una medicación "¿porque no probamos por esa línea para que se pueda sentir mejor?". Es por el niño que se siente mal, expuesto, que se puede lastimar. Y después, cuando bajan se dan cuenta del descontrol que tuvieron. Se sienten muy mal los nenes después. Culpables, los padres acceden." (E5, p. 13, Pr.)

Es significativo que en el sub-sistema público las familias y lo farmacológico aparezcan usualmente ligados a la discontinuidad de un tratamiento indicado o a decisiones tomadas más allá de la voluntad del médico: "Lo que más me llama la atención a mí en esta situación es, por ejemplo, la interrupción del tratamiento por parte de las familias (...) Como que generalmente ves que van, pero después te das cuenta que cortan el tratamiento. Lo dejan: no lo llevan más al niño a atender." (E1, p.1, Pu). En estos casos, se trabaja sobre los significados del medicamento y la importancia de continuar un tratamiento si este se está llevando a cabo. El agente que ofrece resistencia a la medicalización, de cierta manera, es el grupo familiar. En tanto, en el discurso de los psicólogos del sub-sistema privado, a veces aparece que los "padres" no informan a la institución educativa del consumo de psicofármacos por parte del niño por vergüenza y miedo a la estigmatización, situación que también se vuelve susceptible de ser abordada por los psicólogos con la misma finalidad de trabajar conjuntamente con ellos los sentidos que puede tener la medicación.

Por otra parte, en ambos sub-sistemas hay una mutua orientación entre la familia y los psicólogos del ámbito educativo, que se ve más claramente en el funcionamiento de los colegios privados: la familia es una fuente de información importante respecto a la situación del niño, y a

su vez, los psicólogos orientan, acompañan, aconsejan y despejan dudas a las familias sobre procesos de consulta a especialistas (con la inclusión o no de psicofármacos).

D) Categoría 4 - Sentidos sobre lo farmacológico

En esta categoría, se reúnen los discursos que refieren dentro del proceso de medicalización de la infancia, a la esfera propiamente farmacológica. Reconocen el consumo de psicofármacos en la niñez como una problemática muy acuciante a atender en sus prácticas, y que tiene sus manifestaciones en el sistema educativo. El fenómeno siempre aparece inseparable y como resultado del sobrediagnóstico al que se somete la niñez contemporánea y de los desfasajes mencionados entre funcionamiento de las instituciones educativas y las producciones subjetivas contemporáneas. Aun así, se hará foco en los sentidos asociados a lo estrictamente farmacológico.

Cabe destacar que en la primer sub-categoría se constata una brecha importante entre el sub-sistema público y el privado, mientras que en las otras dos sub-categorías los discursos coinciden indistintamente de su procedencia.

D.1 - El consumo de psicofármacos en la niñez: ¿Está aumentando?

Es muy importante para esta sub-categoría recordar, para tener en cuenta, que en esta investigación no interesa el fenómeno de la medicalización de la infancia en términos objetivos y cuantitativos, sino respecto a cómo es percibido por los psicólogos del ámbito escolar. De esta manera no es la intención cotejar con cifras y estadísticas los discursos, sino tomarlos en cuanto a sus vivencias y percepciones. Los discursos saturan la categoría en el sentido de que prácticamente todos los entrevistados espontáneamente plantean que se interrogan y se llaman a la reflexión sobre la dimensión de la problemática de la medicalización de la infancia y su estrecho vínculo con el rol que juega el sistema educativo en el desarrollo vital de los niños. Estas interrogantes que se plantean indican que el tema trabajado es de importancia para los psicólogos del ámbito educativo, y se lo plantean en términos tanto cualitativos como cuantitativos.

Como se planteaba anteriormente, el ensayo de respuesta a la pregunta que ellos mismos se formulan, difiere bastante entre el sub-sistema público y los colegios privados. En el primero, se reconoce el fenómeno en una suerte de incontrolable expansión. Los psicólogos se preocupan por un hecho que dan por sentado: el aumento de la niñez medicalizada. Identifican que el sentido preponderante que cobra el consumo del fármaco es la respuesta rápida y “mágica” a producciones subjetivas de la infancia contemporánea que irrumpe con problemas conductuales y de aprendizaje en el sistema educativo y que desborda las redes de sostén familiar que,

frecuentemente, son muy magras: “Porque a veces pasa esto, al que esta sobremedicalizado, yo no tengo datos acá, pero estoy convencida que está sobremedicalizada la niñez, pero a su vez, esto lo pienso en la familia, pasa por un comité de recepción y lo derivan al psiquiatra, empiezan a tomar medicación, y ahí el niño está más tranquilo. Pero hay cosas que siguen pasando, porque no cambió otras cosas, porque no hubo movimiento en la familia o en la escuela. Es como tapar el sol con un dedo. También en los contextos más críticos la medicación está funcionando como un parche de otras cosas, que en otro contexto no estaría medicado. (E6, p.6, Pu.). Asimismo, un exceso de la mirada puesta sobre el niño y su conducta, conlleva a un sobrediagnóstico y genera terreno fértil para el consumo excesivo de psicofármacos. Por tanto, este fenómeno es percibido como in crescendo y un tanto fuera de control. Se hace patente que los psicólogos vivencian el fenómeno con preocupación, impotencia y cierto enojo.

Por su parte, en los colegios privados se comparten las visiones sobre el lugar que viene a ocupar el consumo de psicofármacos en la relación del niño con el sistema educativo, así como la detección de una sobremirada y sobrediagnósticos sobre la niñez. No se comparte tanto la vivencia de la familia como ausencia, aunque en situaciones sí como carencia. Pero, sobre todo, se diferencian los discursos en lo concerniente al desarrollo del fenómeno, al cual consideran en retracción. Si bien se coincide en identificar el fenómeno de la medicalización de la infancia (con un consumo abusivo de psicofármacos) por parte de la niñez escolarizada, se estima que este proceso tuvo su auge y su “techo” en cuanto expansión alrededor de 5 años atrás. La difusión crítica (prácticamente en modalidad de denuncia) académica y mediática sobre el fenómeno habría generado que los actores involucrados se muevan con más cautela y sensibilidad ante el problema, evitando medicar como “acto reflejo”. Esto abarca tanto a actores del sistema educativo (maestras) como del sector salud (psiquiatras) quienes han cambiado un tanto su postura a pesar de las presiones de la industria farmacéutica: “...yo creo que también varió porque hay una mirada mucho más atenta de la sociedad, a nivel de prensa, a nivel de medios de difusión, el tema ritalina ha estado muy sobre la mesa, entonces creo que esto también es como un aviso a los técnicos, a los Psiquiatras, a los neuropediatras. Es, bueno, antes de medicar vamos a estar absolutamente seguros que éste es el camino porque tenemos una sociedad que nos está denunciando, tenemos laboratorios que también están generando esa guerra de medicación, entonces creo que eso también ha hecho afinar a la hora de diagnosticar” (E3, p. 6, Pr.)

D.2 - Ecuánimes ante la pastilla: ni demonización ni idealización

En esta sub-categoría, aparecen producciones discursivas que se enlazan señalando la frecuente idealización o demonización que generan otros actores con respecto al psicofármaco, en tanto

objeto fetiche a ser consumido. Es más que nada alertado el fenómeno de la idealización de la utilización de la “pastilla”, y varios entrevistados manifiestan cierto resquemor frente a la idea instalada en actores del ámbito educativo de que el consumo de psicofármacos suponga la solución definitiva y el final de la problemática.

Es pertinente destacar, que, si bien como se mencionó, los psicólogos se mantienen alerta ante el fenómeno del consumo abusivo de psicofármacos en la infancia, intentan mantener una posición desprejuiciada ante las situaciones que se les presentan. Es notorio entonces, como los psicólogos sostienen que el posicionamiento más asertivo ética y profesionalmente parece ser aquel que evalúa la pertinencia o no del fármaco según la singularidad de la situación y la información que se recaba de otros profesionales, familiares y docentes. Lo antedicho se expresa en la siguiente cita: “Nosotros por ejemplo con los papas siempre hablamos de que, si este fármaco es necesario, es casi que regalarle salud a este chico, si no es necesario por supuesto que no vamos a estar de acuerdo y nosotros desde el colegio vamos a decirle que no están habiendo cambios a partir de la medicación. Pero cuando sí lo vemos, también somos los primeros en decir ¡qué bueno, este chico ha cambiado notoriamente su funcionamiento con el tratamiento!” (E3, p. 5, Pr.). Es decir, que se intenta no quedar atrapados en una postura moral de demonización del fármaco, así como dejan en claro que no idealizan sus efectos. Por el contrario, más allá de que puedan encontrarlo necesario siempre lo considerarán limitado en cuanto a sus logros: “...porque no nos va a salvar la pastilla. Ni tampoco nos va a hundir en el fango. Es una terapéutica si lo usas bien, yo he visto resultado en los niños” (E8, p. 10, Pu.)

D.3 - La importancia de acompañar lo farmacológico

Ya sea en las resistencias de las familias o en los deseos de algunas maestras del consumo de medicación, los psicólogos alertan del problema de visualizar el consumo de fármacos desprovisto de otro tipo de cambios, movimientos o terapéuticas que incluyan otros actores y otras dimensiones de los malestares que aquejan a los niños. Se podría decir que les genera enojo e incredulidad, cómo en algunas familias o maestras subyace la idealización que se mencionaba en la sub-categoría anterior, llevando a considerar que con el consumo de fármaco se soluciona definitivamente una problemática que desde sus puntos de vista es mucho más compleja: “Pero de la mano de cualquier medicación va un proceso psicoterapéutico. Sino entonces, de nada sirve medicar, ¿lo vas a medicar de por vida? El niño tiene que aprender que cuando baja la hiperactividad, o solucionamos el tema de la depresión o solucionamos el tema de la tensión, tenemos que ir trabajando temas internos para después hacerlo solo, sin la medicación.” (E5, p. 12-13, Pr.)

Por tanto, coinciden en considerar al psicofármaco como una herramienta terapéutica más, que debe estar acompañada de otros movimientos y procesos de cambio. En general se refieren al acompañamiento y la intervención de otro profesional, pero también pueden hacer referencia a un intento de mayor entendimiento de la problemática por adultos que son interpelados por la misma, de cambio de posturas y hábitos de los adultos, de adecuación del sistema educativo a la realidad del niño, de acompañamiento en lo emocional a la situación del mismo, de trabajos a la interna de la dinámica familiar, de modificaciones del vínculo singular entre el docente y aquel niño rotulado como problemático, etc. Pero siempre se acentúa la idea de que la medicación debe ir acompañada de algo: “Nosotros también insistimos en eso, que la medicación no es mágica, que es la medicación acompañada de otras cosas. Y a veces no es la medicación, a veces hacen falta otras cosas más desde la perspectiva psicológica y el apoyo familiar.” (E2, p. 11, Pu.)

4.2 “Otros mundos”: La escuela especial

En este apartado se pretende dar cuenta de una realidad de las prácticas psicológicas que no ha podido ser analizada en la presente Tesis por los criterios orientadores de la Teoría Fundamentada que sustentaron la metodología. Esta realidad, es el de una escuela especial⁴ de la cual se entrevistó a la psicóloga ya que cumplía todos los requisitos para entrar en el muestreo teórico del trabajo de campo: psicóloga recibida, trabajando al momento de la entrevista en cargo de psicóloga en una escuela de la zona metropolitana; así como, por supuesto, su interés y su consentimiento para participar de la investigación. Se consideró además pertinente, entrevistar algún psicólogo del ámbito público que no estuviese enmarcado en el programa “Escuelas disfrutables”, ya que el objeto de la presente investigación no es tal programa, sino las prácticas de los psicólogos en los distintos sub-sistemas.

Sin embargo, el “problema” con esta entrevista es que no saturó en las distintas categorías, y, salvo algunas excepciones donde se la cita y se la toma en cuenta con respecto a lo ya analizado, la producción discursiva parece abrir un universo nuevo respecto a los procesos de medicalización en este tipo de escuelas, así como respecto a las prácticas psicológicas que se suscitan en ellas. No sería pertinente analizar el fenómeno mencionado a partir de un solo relato, por lo que se considera más atinado simplemente mencionarlo en pos de estimular futuros

⁴ Se trata de una escuela dedicada a niños con cierta discapacidad que se mantiene en reserva, para que el centro educativo no pueda ser identificado.

estudios o exploraciones académicas sobre esta realidad que parece presentar aristas muy distintas a las ya mencionadas y analizadas.

Para clarificar un poco lo antedicho, se dirá que, en función de lo recabado, es factible plantear la hipótesis de que la medicalización abusiva de psicofármacos se da en este tipo de escuelas sin encontrar mucha resistencia de los actores involucrados, sino más bien todo lo contrario: sin mayores tapujos se medicaliza la diferencia y se castiga el desvío, con prácticas que a la luz del funcionamiento de las otras escuelas parecerían anacrónicas. Ante esto, las prácticas del psicólogo, se tornan más difíciles de concretarse, y el dispositivo de pocas horas para muchas situaciones complejas lo vuelve un tanto impotente.

La psicóloga entrevistada enunció cuestiones delicadas vinculadas al sobrefarmacolización y al sobrediagnóstico. Con respecto a lo primero, la “denuncia” más llamativa es que los médicos psiquiatras controlan la medicación de esta población de niños sin tener contacto con ellos, es decir a través de las familias: “Lo que me sorprende es que la entrevista psiquiátrica no la tienen los chiquilines. Los chiquilines no son evaluados por el psiquiatra. Te digo que, de la totalidad con los chiquilines que trabajo que sé que están medicalizados, van los papas, algún tío algún abuelo, y ahí se ajusta la medicación. (...) me sorprende que se ajuste la medicación sin ni siquiera informe de la institución educativa, sin evaluar al niño y dialogar con el chiquilín. Eso pasa mucho. (E7, p. 1, Pu.). Asimismo, la sobremedicalización no es muy dimensionada por ninguno de los otros actores involucrados: “Era una cosa que toman 14 pastillas por día, ¿jme estas jodiendo!? Es así, pero en realidad no sorprende. Y tampoco se indaga, como que se pregunta a las maestras por qué y si se sabe algo, y no. Les pregunto a los padres para qué, y muchos tampoco me pueden responder. Los chiquilines ni ahí que saben. No es un tema...” (E7, p. 7, Pu.)

Mientras tanto, con respecto al sobrediagnóstico, a la interna de la institución educativa se maneja con una ausencia total de criterios técnicos que sorprende y contrasta con lo relatado en otras escuelas: “Una de las cosas que me sorprenden a mí, es como se habla en la escuela con tanta liviandad y libertad de algunos diagnósticos que hay. Se habla de bipolaridad, de trastornos de personalidad. Mismo, ¿viste la plataforma “Gurí”? Ya nomás vichas, todo va ahí. En la plataforma “Gurí”, hubo una clase que nos llamó fuertemente la atención porque “¡8 de 9!”. Solamente había uno que no tenía trastornos de personalidad (...) Lo anota la maestra. Entonces hablo con la directora para ver si los diagnósticos eran efectivos, y si estaban recibiendo tratamientos psicológicos y psiquiátricos acerca del tema, y las maestras se van pasando la pelota: nadie sabe quién le dio clic a “trastorno de personalidad”. (E7, p. 2, Pu.). Esta confusión compromete también a las familias: “Entonces en la mayoría de los casos, a mí no me queda claro si existe

medicalización a través de un diagnóstico, ya comprobado, ya establecido, o si esto no sé si es algo que las maestras dicen o es algo que las familias comentan (...) Cuando intento indagar acerca del diagnóstico las familias tienen desconocimiento” (E7, p. 2, Pu.).

De esta manera, se comprende que al ser la situación distinta los objetivos de la psicóloga también sean diferentes. Se plantea generar un espacio con los alumnos que pueda tener efectos terapéuticos (por falta de lugares para trabajar con esta población fuera de la escuela), que los niños puedan entender con ella por qué toman medicación (ya que nadie les ha explicado) y trabajar con las maestras sobre la forma de manejar los diagnósticos. De la misma manera, se ve compelida a trabajar con las propias maestras cuestiones con respecto al castigo al desvío, estando muy lejos de lograr como en los otros casos una readecuación de la escuela para captar la diferencia. Esto queda muy claro en un ejemplo que la psicóloga relata: “. Yo que sé, una chiquilina le saco fotos a los genitales de un compañero (...) incluso a la chiquilina que saco las fotos la pusieron con orden de que no le dieran una silla para sentarse como forma de castigo. Entonces tuve ahí como una..., primero conseguir una silla, eso fue lo primero que hice. ¡Por dios, no estamos en el siglo XVIII! Y después intentar pactar estos talleres y “mira que yo estoy abierta a poder conversar, acordate que los 10 años es una edad de exploración, ya están llegando a la pre-adolescencia, hay actitudes que se empiezan a despertar, y si yo cualquier cosa te aviso y ta”.” (E7, p. 8-9, Pu.).

En definitiva, no se pretende analizar la realidad de esta escuela a partir de un solo relato ni generalizar la situación de las mismas porque sería metodológicamente inválido. Pero sí resulta pertinente no dejar de señalar en la presente Tesis que los procesos de medicalización parecen tomar otras características en las mismas, y como consecuencia las prácticas psicológicas se diferencian en buena medida de aquellas prácticas en las otras escuelas mencionadas.

4.3 Las relaciones de composición entre las categorías

Como se explicó anteriormente, basándose en los principios orientadores de la Teoría Fundamentada, se han analizado las producciones discursivas recabadas en función de las categorías que se fueron construyendo. Sin embargo, debe dejar en claro que tal separación de los elementos de los discursos se realiza con fines operativos, por lo que también se vuelve necesaria una lectura interpretativa que pueda dar cuenta de los múltiples nexos existentes entre los discursos, más allá de las categorías generadas. De hecho, las categorías guardan entre ellas relaciones de composición muy profundas.

Conviene entonces destacar lo indisociable que se presentan las prácticas psicológicas desde el punto de vista fenoménico, ya que simultáneamente se realizan acciones con los niños, con las familias, con actores internos a la institución educativa y con profesionales externos a la misma. También se encuentran muy enraizadas algunas cuestiones que han sido artificialmente separadas, pero cuyas conexiones son varias; como por ejemplo los sentidos subyacentes sobre lo farmacológico con las coordinaciones que realizan con otros técnicos.

Se puede constatar, que en los psicólogos subyacen algunas ideas que se refuerzan en su quehacer cotidiano y guían sus prácticas. En primer lugar, reconocen en la actualidad una sobremirada sobre la niñez. El niño y sus conductas estarían siendo cada vez más analizadas al detalle, y puestas de relieve para la observación y reflexión de algunos agentes del mundo adulto generando un terreno fértil sobre el cual pueden patologizarse situaciones cotidianas que implicasen algún cambio emocional (como se nombra: una mudanza, un cierre de año, etc.). Si bien en el esquema que se plantea a continuación puede haber cortes en algunos de los eslabones de la cadena pudiendo pecar de esquemático, la sobremirada desemboca entonces en el sobrediagnóstico, es decir, algún profesional que detenta un saber experto en la temática nombra aquello que se observa con preocupación inscribiéndolo en la esfera de los trastornos de la salud. A su vez, el sobrediagnóstico va asociado a la sobrefarmacolización, la cual se reconoce más allá de los disensos sobre si este es un fenómeno que ya tuvo su auge y se encuentra en retracción, o, por el contrario, continúa expandiéndose. Lo expresado por los psicólogos sobre estas frecuentes situaciones recuerdan a lo desarrollado por Stolkiner (2012) cuando afirma que:

“Todos estos procesos se aplican hoy en el avance de la psicopatologización de la infancia, como forma particular de medicalización. Malestares que son producidos por los niños, conductas disruptivas que dislocan situaciones institucionales, problemas que se generan ante la crisis de las familias o la escuela, síntomas que expresan -a la manera que el niño/a puede- situaciones de abuso o de violencia, rendimientos insuficientes para las expectativas paternas, son todas problemáticas complejas que resultan reducidas a entidades psicopatológicas (explicadas generalmente de manera orgánica o aún genética) y que suponen respuestas psicofarmacológicas.” (pp. 35-36)

En segundo lugar, podría decirse que los psicólogos tienen ciertas explicaciones de por qué se da este fenómeno, más allá de que reconozcan lo complejo y multicausal del mismo. Tales explicaciones, no solo tienen mucha concordancia entre sí, sino que van en la misma línea de lo que se ha escrito y analizado sobre el tema a nivel científico-académico. En tales explicaciones o hipótesis se destaca el hecho de que las producciones subjetivas de la infancia contemporáneas

están compuestas por procesos muy distintos en relación a pocos años atrás. De esta manera, el acceso a la información, la importancia del mundo de lo visual, la vertiginosidad de lo temporal y los vínculos modificados (más de pares) con los adultos, producen formas subjetivas en la infancia novedosas, propias de estas generaciones. Estas nuevas subjetividades, no se ven acompañadas por los distintos territorios existenciales por los que circula la niñez, y menos aún por el sistema escolar, al cual reconocen como una estructura bastante rígida y con una inercia considerable a seguir funcionando igual al momento en la cual fue creada. Como consecuencia de tal desacople, muchas conductas tradicionalmente inesperables irrumpen en el espacio escolar: el niño no puede quedarse sentado, el niño se aburre y desinteresa ante la pedagogía poco dinámica de la palabra y el pizarrón, el niño pega porque no reconoce el límite con el otro. Sin duda las descripciones nos remiten a los análisis de Lewkowicz (2004) y Corea y Duschatzky (2002), así como a la contundente frase de Untoiglich cuando denuncia que la “medicamentación” (medicalización, pero vinculada estrechamente al consumo de fármacos) de la infancia está persiguiendo como fin “controlar las conductas de los niños y adaptarlos a un sistema escolar, que en su estructura central no ha variado en los últimos tres siglos. Continuamos educando con métodos del siglo XIX a niños del siglo XXI”.

Ante estas irrupciones mencionadas, los psicólogos identifican y reconocen respuestas asertivas y pertinentes, pero confluyen en señalar que el modo de operar más mecánico e irreflexivo también suele darse en el mundo adulto. Es aquí donde se reconoce la lógica de la medicalización, en el sentido de comprender toda manifestación bajo la égida de un problema de salud, así como la lógica de la farmacologización, bajo la cual varios actores del mundo adulto sostendrán la idea de que la solución terapéutica pasa (mayoritaria o únicamente) por el consumo de psicofármacos. En este último tipo de respuesta se reconoce a las maestras que ante el desborde exigen la solución rápida al problema, y al médico (psiquiatra mayoritariamente), quien es proclive a la prescripción de psicofármacos, ya sea por su formación, ya sea por lo diagramada que se encuentra su perspectiva por los intereses lucrativos de la industria farmacéutica. Puede interpretarse aquí la importancia que cobra las características de la sociedad capitalista contemporánea, en tanto los tiempos vertiginosos, demanda de rapidez y eficiencia, la idealización del acto de consumir aquel objeto fetichizado y las lógicas lucrativas de lo empresarial se ponen en juego en la respuesta descrita. Recordemos las teorizaciones de Pinafi (2014) y otros autores afines sobre la idea del fármaco como aquel objeto que se encuentra fetichizado y cuyo consumo acalla las interrogantes sobre el dolor. Además, es ilustrativa de las lógicas descritas la frase de Ralph Waldo Emerson citada por Bauman (2012) “...cuando uno patina sobre hielo fino, la seguridad está en la velocidad”.

A su vez, podemos encontrar la coincidencia en el rechazo de los psicólogos a este tipo de respuesta del mundo adulto ante las manifestaciones problemáticas de las nuevas subjetividades infantiles cuando esta no se da con la suficiente reflexividad ni con el tiempo pertinente para diagnosticar y contextualizar oportunamente la situación. Los psicólogos entrevistados no idealizan, ni demonizan el uso de lo farmacológico, pero sostienen unánimemente que debe utilizarse únicamente en las situaciones que realmente lo ameriten, así como ir acompañado de otros movimientos y/o procesos terapéuticos.

Recopiladas entonces las confluencias en la forma de significar el fenómeno por parte de los psicólogos del ámbito educativo, resulta pertinente preguntarse: ¿Qué ocurre con el accionar de los psicólogos? ¿Hacia dónde dirigen sus prácticas teniendo en cuenta la perspectiva que tienen de lo que acontece y los dispositivos en los cuales se inscriben? ¿Cuáles son los quehaceres que priorizan? ¿Cómo se manifiestan en la tarea cotidiana?

Teniendo una visión más global de los discursos de los psicólogos del ámbito educativo y no tan compartimentada en categorías, se puede aseverar que estos no se plantean interferir en el accionar de otros profesionales respecto al diagnóstico y la prescripción de psicofármacos. Tampoco se proponen oficiar como ese espacio terapéutico necesario para acompañar al fármaco, ya que se diferencian de la Psicología clínica.

Empero, sí se proponen intervenir sobre algunas lógicas medicalizadoras, así como realizar una buena coordinación con los profesionales tratantes (o postulantes a tratar la problemática) de modo que el diagnóstico sea lo más acertado posible, así como un eventual consumo de psicofármacos. De la misma manera, se plantean un trabajo cercano y orientador con las familias o adultos referentes de estos niños involucrados, para que manejen el tema con responsabilidad, y con la reflexividad y asesoramientos que corresponde. A su vez, se acercan al niño y su problemática de una manera ética y profesional, intentando realizar una observación fina, exploraciones y derivaciones adecuadas; así como acompañamientos y una escucha de la situación habilitante, contextual y continentadora.

Es claro que la Psicología puede ser un agente funcional al proceso de medicalización, colocando diversas problemáticas en el terreno de la salud. Tal cual nos recuerda Untoiglich (2014) "Cuando la maquinaria patologizadora se instala, sobre todo en la infancia, puede estar incentivada por la medicina, pero también por la psicología e incluso cierto psicoanálisis" (p.25). Empero, por lo señalado en el párrafo anterior, puede decirse que se encuentra dentro de las prácticas de los psicólogos de las escuelas el propósito de interferir sobre ciertas lógicas y procedimientos propios del fenómeno de la medicalización de la infancia. En función del dispositivo

que enmarca sus prácticas mayoritariamente como “intervenciones institucionales”, el área en donde puede verse más gráficamente tal intervención sobre las lógicas medicalizadoras, es en el trabajo a la interna de la escuela, específicamente con las maestras. Se abocan con ahínco a esta tarea, siendo una de sus finalidades de trabajo destacadas el trabajar conjuntamente con las maestras, en pos de continentalas sí, pero también de ampliar sus perspectivas, complejizar sus procederes más arraigados (por ejemplo, pedir medicación para un niño “problemático”) y adecuar las propuestas y modalidades pedagógicas para que el sistema educativo pueda adaptarse a aquello que se manifiesta como diferente a lo esperado, en vez de forzarlo a adaptarse a lo ya establecido. Por tanto, varias de las acciones cotidianas consisten en dialogar, ampliar visiones, contextualizar problemáticas, sugerir modificaciones del dispositivo del aula, contextualizar problemáticas, etc.

En esta esfera, se da algo bien interesante que puede ser interpretado como evitar en algunos casos la medicalización de problemáticas mediante una “psicologización”. Es decir, aquello que Rose (1996) desarrolló sobre la expansión del lenguaje y mirada psicológica en varias esferas de lo social, instaurando la idea de una profundidad de un yo que debe ser comprendido, explorado e interpretado. Es una lógica que se va imponiendo y diseminando, con distintos grados de intencionalidad, en las formas en que otros actores conciben la problemática: familias, maestras, etc. Parece encastrarse bien en las modalidades gubernamentales de las sociedades liberales avanzadas (Rose, 2007) que conducen las conductas de las poblaciones haciendo hincapié en la singularidad de las existencias y sus padecimientos, en la importancia de potencializar capacidades y de estimular la autogestión de los propios proyectos, del propio cuerpo, de la propia salud. Se identifica que esta “psicologización” puede en ocasiones complementarse, apuntalarse o no interferir con el proceso de medicalización. Sin embargo, se hace también visible que las visiones que se promueven pueden colisionar con las explicaciones “bio” sobre los malestares humanos impulsadas por las neurociencias, y tomadas por la psiquiatría, así como por todo el cuerpo social (Pérez, 2010). Este parece ser una de las tensiones que predominan en las prácticas de los psicólogos del ámbito educativo y que gestionan con varios actores. Es decir que la “psicologización” manifestada en las racionalidades de posicionarse ante el malestar humano haciendo emerger al sujeto sufriente con su contexto y singularidades, propiciar interrogantes en torno a lo sintomático y suponer una entidad (yo, psiquismo, etc.) dotada de cierta profundidad que se hace necesaria explorar e interpretar; se entiende como un movimiento muy distinto y que puede amortiguar cierta inercia sobrediagnosticadora y sobremedicalizadora de comprender el malestar humano únicamente en

términos de desórdenes bioquímicos en la esfera del cerebro, susceptibles su mayoría de un rápido reacomodo a través de la utilización de psicofármacos.

5. Conclusiones

Para finalizar, se pretende en este apartado plasmar algunas reflexiones finales, entendiendo que la aproximación realizada dista mucho de agotar la problemática investigada. Más bien todo lo contrario, se pretende que la escritura de la tesis tenga un carácter habilitador a la reflexión, a los debates y a las nuevas producciones académicas en aquellas líneas que se consideren pertinentes.

Se puede exponer como primer resultado, que los psicólogos en el ámbito educativo se autoperceben en una primera instancia como ajenos a las decisiones concernientes a los procesos de medicalización. Sin embargo, más allá de que la prescripción o no de fármacos se realiza en el sector salud, llevan adelante una gran cantidad de acciones vinculadas al fenómeno de la medicalización, principalmente trabajando sobre los sentidos y lógicas de este fenómeno con agentes internos a la institución (maestras, directores) y externos a la misma (familias, otros profesionales).

Las acciones de los psicólogos del ámbito educativo están fuertemente determinadas por el dispositivo de intervención institucional, siendo este muy disímil entre el sub-sistema público y el privado. Sin embargo, se arriba a la idea de que la racionalidad de las prácticas psicológicas en torno a la medicalización es bastante similar. Se trata de una racionalidad “post-disciplinaria”, tributaria de las lógicas gubernamentales propias de las sociedades liberales avanzadas. En la misma, el manejo de la población escolarizada se realiza haciendo hincapié en fortalecer las potencialidades, singularidad y autonomía de los sujetos (niños) afectados, y no en adaptar el desvío o lo anómalo a la institución. Las prácticas psicológicas persiguen como una de sus finalidades destacadas modificar la institución escolar para incrementar su poder inclusivo y el bienestar de la comunidad educativa.

Además, en la racionalidad de las prácticas psicológicas, influye una percepción de los psicólogos del ámbito educativo de la existencia de sobrediagnósticos y sobrefarmacolización en la niñez uruguaya. La misma los predispone a guiar sus acciones en una dirección alternativa a este fenómeno. Se plantea en esta Tesis la interrogante sobre si la denuncia académica y mediática sobre el “boom” de la medicalización que se viene realizando con fuerza desde principios de esta década, ha tenido efectos disuasorios significativos cuantitativamente sobre estos hechos (más allá de la presión de algunos grupos como la industria farmacéutica y algunos actores del sector salud). Se puede afirmar que la racionalidad de las prácticas psicológicas conserva aún sus aristas de reproducir el circuito de la medicalización en el cual se encuentra comprometido el sistema educativo, pero mayoritariamente predomina una lógica de “frenar” un fenómeno que se

percibe con preocupación y se intenta ir moderando (aparentemente con cierto éxito). No se está planteando en esta Tesis que los psicólogos se opongan a las intervenciones de profesionales de la salud o al consumo de psicofármacos por parte de los niños, ya que de hecho se constata que la posición de los psicólogos ante lo farmacológico es la de evitar la demonización y la idealización del mismo. Pero sí se mantienen alerta a cierto accionar automático y muy arraigado en el ámbito escolar que lleva a los sobrediagnósticos y a la sobrefarmacolización.

Con respecto a los sobrediagnósticos, subyace la idea en los psicólogos del ámbito educativo de que estos se generan por un marcado desacople entre el funcionamiento y los encargos de la institución educativa actual, con las formas de producción subjetiva de las infancias contemporáneas. Queda claro por lo que han expresado que el dispositivo escolar ha quedado vetusto para algunas manifestaciones de la niñez contemporánea, subjetivada en función de la temporalidad vertiginosa, el predominio de la imagen, las lógicas de consumo y los vínculos pautados por la dificultad de encontrar el límite en otro. Pero también queda expuesto que hay fuerzas instituidas en el ámbito escolar que tienden a querer corregir esas manifestaciones, para lo cual exigen la aparición de un diagnóstico, de alguna explicación definitiva relacionada a la salud. Ante esto, los psicólogos intentan posicionarse en otra dirección estimulando una concepción profunda, compleja y contextual de una situación que entienden como singular, y a la cual la escuela debería adaptarse para integrarla.

Mientras tanto, con respecto a la sobrefarmacolización, se mencionó que los psicólogos no se oponen al fármaco en sí mismo. Sin embargo, sí trabajan en pos de desterrar ciertas concepciones que colocan al fármaco como la respuesta privilegiada ante cualquier problema de la niñez escolarizada, erigiéndose además como la solución definitiva. Se hace hincapié en la necesidad de prescribir el fármaco únicamente en las situaciones que realmente lo ameriten, y no irreflexivamente como respuesta a la manifestación de aquello heterogéneo que interroga. Además, el fármaco es visto como una herramienta terapéutica más que siempre debe ser acompañada por otros movimientos o procesos terapéuticos.

Desde el autor de la presente Tesis, se entiende las prácticas psicológicas ante los sobrediagnósticos y la sobrefarmacolización como regidas por una racionalidad de “psicologizar” los fenómenos. Es decir, que se tiende a hacer foco en un sujeto y su contexto, dotado de una profundidad que debe ser asequible de ser interpretada para dar una respuesta atinada a las manifestaciones de las emociones y el sufrimiento humano. Tal idea subyacente colisiona con la tendencia impulsada por las neurociencias y la industria farmacéutica de comprender el

padecimiento humano en términos de síntomas, síndromes y enfermedades que se corresponden con fenómenos de base biológica.

Esto genera que las prácticas psicológicas en el sistema educativo estén teniendo un efecto de amortiguador del fenómeno de la medicalización. Si bien la Psicología funcionó históricamente, y continúa funcionando en ocasiones, como una disciplina auxiliar a la medicina, la “psicologización” de la problemática colisiona, tensiona e interpela los fundamentos en los cuales se erige la medicalización actual de la niñez contemporánea. Entonces, la Psicología muestra aquí no solamente tener un enfoque y accionar independiente de las disciplinas a las que históricamente se subordinó, sino también capacidad para promover estas perspectivas en otros actores involucrados en el fenómeno de la medicalización de las infancias (incluyendo los propios niños).

Por último, es necesario mencionar que se pudo avizorar con el trabajo de campo realizado lo diferente que resulta el accionar del psicólogo en un dispositivo como el de ciertas escuelas especiales, cuestión que se estima como importante para tener en cuenta en futuras producciones académicas en torno a la temática.

II. Referencias bibliográficas

- Abraham, J. (2010). Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimensions. *Sociology*, 44(4), pp. 603-622.
- Apud, I. (2013). Repensar el Método Etnográfico. Hacia una Etnografía multitécnica, reflexiva y abierta al diálogo interdisciplinario. En: *Antípodas. Revista de Antropología y Arqueología*. (16), pp. 213-235.
- Barrán, J.P. (1993). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos. Tomo I. El poder de curar*. Montevideo, Uruguay: Ediciones de la Banda Oriental.
- Bauman, Z. (2000). *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Barcelona, España: Gedisa.
_____ (2012). *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Fondo de Cultura Económica.
- Blanchet y otros (1989). *Técnicas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid, España: Editorial Narcea.
- Castro-Gomez, S. (2010). *Historia de la gubernamentalidad; razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault*. Buenos Aires, Argentina: Biblioteca Universitaria, Ciencias Sociales y Humanidades. Filosofía Política.
- CEIP. (2009). *Programa Escuelas Disfrutables*. Recuperado en <http://www.cep.edu.uy/programas/ped>
- Chávez Bidart, J. (2016). La psicología en la construcción de ciudadanía del Uruguay. *Revista de Historia de la Psicología*. 37, pp. 23-31.
- Córdoba, M. (2012). Políticas de la vida, retrato de una forma de vida emergente. *Astrolabio*, (8). pp. 209-219
- Corea, C. y Lewkowicz, I. (1999) *¿Se acabó la infancia? Ensayo sobre la destitución de la niñez*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Lumen / HV Manitas.
- Corea, C., & Duschatzky, S. (2002). *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Dueñas, G. (2013). Importancia del abordaje clínico de los problemas de aprendizaje frente a la tendencia a medicalizar a las infancias y adolescencias actuales. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 31-54. Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/index>

- Espitia Vásquez, U. I. (2006). ¿Instituir ciudadanía desde la niñez? *Nómadas*, (24), 225-237. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105116598019>
- Faraone, S., Barcala, A., Bianchi, E., & Torricelli, F. (2009). La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentación en la infancia. *Revista Electrónica Margen*, 54.
- Fernández, V. (2015). *Reflexiones en torno al uso de psicofármacos en niños. Una aproximación a la situación de la ciudad de Artigas, Uruguay*. (Trabajo Final de Grado). Facultad de Psicología, UdelaR. Montevideo, Uruguay.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio y población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura económica.
 _____ (2008). *La Vida de Los Hombres Infames*. La Plata, Argentina: Altamira.
- Galende, E. (2008). "Psicofármacos y Salud Mental: la ilusión de no ser". Buenos Aires, Argentina: Lugar.
 _____ (2015). *Conocimiento y prácticas de salud mental*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Germain, M. (2007). Elementos para una genealogía de la medicalización. *Revista Cátedra Paralela*, 4, pp. 6-22.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *El desarrollo de la teoría fundada*. Chicago, EEUU: Aldine.
- Gómez - Mendoza, M. Á. & Alzate - Piedrahíta, M. V. (2014). La infancia contemporánea. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1) 77-89. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77330034004>
- Grupo de Estudio sobre Discapacidad (GEDIS). (2006). "Los hijos de Rita Lina". Montevideo, Uruguay: Facultad de Ciencias Sociales, Udelar.
- Janin, B. (2006) Los niños desatentos y/o hiperactivos: algunas reflexiones. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: https://deorientacion.files.wordpress.com/2010/12/desatentos_hiperactivos.pdf.
 _____ (2008). *La medicalización de la infancia*. En Cannellotto, A., & Luchtenberg, E. (Ed.) *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas* (pp. 103-149). Buenos Aires, Argentina.

- Lewkowicz, I. (2004) *Pedagogía del aburrido. Escuelas destituidas, familias perplejas*. Buenos Aires, Argentina: Paidós
 - Mas Pérez, C. (2009). *El TDAH en la Práctica Clínica Psicológica*. Clínica y Salud, 20(3) 249-259. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613881006>
 - Míguez, M. N. (2011). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. (Doctoral dissertation, Tesis Doctoral, Universidad de Buenos Aires. (mimeo)).
 - Morteo, A. (2015). *La potencia de los cuerpos con psicofármacos: Adolescentes en hogares de tiempo completo*. (Tesis de maestría). Facultad de Psicología, UdelaR. Montevideo, Uruguay.
 - Mussetta, P. (2009). Foucault y los anglofoucaultianos: una reseña del Estado y la gubernamentalidad. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 51(205), pp. 37-55.
 - Pérez R (2010). La construcción subjetiva de realidad. Psicología, Neurociencias, Política e Imaginario Social. *Conferencia inaugural. Actividades académicas 2009*. Montevideo, Uruguay: Facultad de Psicología, Universidad de la República. Disponible en: <http://www.redpsicogerontologia.net/images/Conferencia%20Inaugural%202009.pdf>
 - Pinafi, T. (2013). Malestar y Psicofármacos: dependencia en la posmodernidad. *Nómadas*, (39) pp. 79-89. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105129195006>
 - Ravera, A. (2016). *Reflexiones sobre prácticas educativas medicalizadas*. (Trabajo Final de Grado). Facultad de Psicología, UdelaR. Montevideo, Uruguay.
 - Rose, N. (1990). The Gaze of the Psychologist. En *Governing the soul. The shaping of the private self*. London and New York Routledge. Traducción Vanesa Fusco, Buenos Aires, Argentina.
- _____ (1996). *Una historia crítica de la psicología*. En *Inventing our Selves*. Cambridge: Cambridge University Press. Capítulo 2. Traducción: Sandra De Luca y María del Carmen Marchesi. Disponible en http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Rose_Cap_2_Historia_critica_psicologia.htm
- _____ (2007). ¿La muerte de lo social?: Re-configuración del territorio de gobierno. *Revista argentina de sociología*, 5(8), pp. 113-152.

- Sabino, C. (1992). *El proceso de investigación*. Caracas, Venezuela: Ed. Panapo.
- SEDRONAR–Observatorio Argentino de Drogas, UBA-Instituto de Investigaciones Gino Germani (2008). *La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos*. Disponible en <http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/info%20completo%205%20dic.pdf>.
- Soneira, A. J. (2006). “La teoría fundamentada en los datos (Grounded Theory) de Glaser y Strauss”. En *Estrategias de investigación cualitativa*, pp. 153-173.
- Stagnaro, J. C. (2009). Apuntes para una reflexión sobre la perspectiva bioética en psiquiatría. En Fantin J.C. Fridman P. comp. *Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Stolkiner, A. (2012). *Infancia y medicalización en la era de “la salud perfecta”*. Buenos Aires, Argentina: Flacso.
- Untoiglich, G. (2014). Medicalización y patologización de la vida: situación de las infancias en Latinoamérica. En *Nuances: estudios sobre Educación*, 25(1) pp. 20-38. Recuperado de: <http://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/viewFile/2743/2515>
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid, España: Síntesis.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *La investigación cualitativa*. Recuperado en <http://postgradofadecs.uncoma.edu.ar/archivos/loaizatsf/Vasilachis%20investigacion%20cualitativa.pdf>
- Vega, D. (2009). *Biopolítica, Biopoder, Bioética*. En Fantin J.C. Fridman P. comp. *Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.

III. Anexos

Enunciados por sub-categorías

Categoría 1: La medicalización se determina por otros mecanismos

Sub-categoría 1.1: La decisión del sector salud

“Y el tema en sí de la medicalización, yo con ese tema tengo también mis dudas si tantos niños tendrían que ser medicalizados. No lo sé porque no soy médica, no soy psiquiatra, pero bueno... yo también me lo pregunto, me lo cuestiono. No sé hasta qué punto. Incluso en las entrevistas a veces las familias dicen “Ay, si va al psiquiatra lo van a medicar, y ¿será necesario?”; y yo digo “bueno, no sé, digo, hay psiquiatras que no medican, hay un tratamiento, y tienen un equipo para seguir trabajando, multiinterdisciplinario, hay que ver. Pero sí, hay que consultar y ver que es lo que pasa”. (E1, p. 5-6, Pu.)

“La escuela lo que hace es decirles “bueno, madre, padre o tío, tía abuela, o quien sea; decir bueno, a este niño le pasó tal y tal cosa, consulte a ver qué le pasa”. Y ya te digo, a través de un informe, se lleva y la familia accede. Pero viste que siempre tiene que pasar primero por el pediatra. Para después ser derivado. O bueno, si vino la emergencia médica a la escuela por alguna situación en particular, también, ellos hacen la derivación en el momento. Eso pasa también”. (E1, p. 14, Pu.)

“Yo en ese sentido no te sé decir porque no he estudiado mucho el tema de medicalización en sí. Pero si el niño lo necesita y el médico que lo trata, o el equipo interdisciplinario que trabaja con el niño lo considera necesario sí” (E1, p. 15, Pu.)

“Nosotros no hacemos diagnósticos, tampoco” (E2, p. 5, Pu)

“...eso es un profesional de la salud que medica. “Nosotros no medicamos” hemos tenido que decir. Bueno, tenemos conocimiento sobre algunos psicofármacos las acciones que puedan tener y demás, pero nosotras no decidimos, no medicamos” (E2, p. 7, Pu)

“...jamás el colegio indica una medicación, no corresponde”. (E3, p. 6, Pr.)

“Hay cosas que sí, muchos niños tienen problemáticas familiares complejas o situaciones de base, pero a veces hay niños que con otro tipo de sistema no necesitarían de la medicación. Eso es para los expertos. Uno un poco de la observación y de la experiencia. Tratamos de ser muy cuidadosos con el niño y la familia, pensamos en determinado diagnóstico no darlo así. Buscar fuera del colegio otras personas que hayan conocido al niño, y soy muy cuidadosa en ese sentido. Un diagnóstico etiqueta en toda su escolaridad y tal vez es un momento y ta. Primer año este

nene pasó esto y ta, pero ahora está en quinto y no (...) uno se va haciendo la idea, pero yo no puedo hacer ese diagnóstico. Lo busco afuera entonces llega...” (E4, p. 10-11, Pr.)

“Acá en el colegio no hacemos diagnóstico de los niños, sí hacemos una etapa de observación...” (E5, p. 3, Pr.)

“Si hay un psiquiatra que indicó la medicación, yo no soy psiquiatra, la medicación se tiene que tomar. Si hay un profesional que indica determinada cosa, hay que ir a ese profesional.” (E5, p. 13, Pr.)

“...además la psiquiatría sigue teniendo influencias en primaria acá para que un niño tenga algún tipo de alteración en su horario o la asistencia eso solo lo puede avalar un papel de la constancia del psiquiatra tratante. Eso solo puede ser así. Ahí la valoración de la escuela tiene una pata muy fuerte en el médico. Entonces ahí, es una cuestión de primaria, de la estructura de primaria.” (E6, p. 4, Pu.)

“Nosotros, como psicólogos en el ámbito escolar, no podemos hacer otra cosa muchas veces, que asistir a las prescripciones médicas que corren por mano de los psiquiatras que son los que administran el nivel farmacológico de atención y del servicio, en este caso de salud me refiero. Tenemos a los médicos con todas sus cualidades, y con ello, al médico psiquiatra que es el que (parece obvio lo que estoy diciendo, pero no) prescribe y dispone el tratamiento medicamentoso, que nosotros no podemos interferir de manera directa, porque es una función que les compete a ellos, no a nosotros...” (E8, p. 1, Pu.)

Sub-categoría 1.2: La tarea propia no se enfoca en la medicalización

“Nosotras, en mi caso con mis compañeras, tratamos de dejarlo como libre en el sentido de decir “usted vaya al pediatra que trata al niño, puede ir con nuestro informe de lo que observamos en la escuela””. (E1, p. 2, Pu.)

“En realidad, te soy sincera, nosotras no trabajamos en base a lo que pueda ser si el niño está siendo medicado o no. Como que a veces nos dicen “este niño está tomando tal cosa” y nosotros decimos: “vamos a conocerlo, primero”. No trabajamos en base a si el niño esta medicalizado o no. Eso como que no es un fin en sí mismo. Al menos para mí no. No me condiciona quiero decir. Trabajo como con cualquier otro niño” (E1, p. 9, Pu.)

“Por eso te vuelvo a decir, no tanto con el tema de la medicalización. Si preguntas si el niño está yendo a consulta sí. Pero no tanto por si está medicalizado.” (E1, p. 13, Pu.)

“...nosotros jamás vamos a plantear, este chico debe ser medicado. Pero sí nos parece como muy oportuno poder plantearle a la familia que nosotros vemos algo disarmónico de acuerdo a lo esperable para este chico, según su edad o según el funcionamiento típico que nosotros creemos que debería llevar a cabo este chico”. (E3, p. 2, Pr.)

“No un trabajo individual con el niño, en general esos niños tienen terapia desde fuera del colegio”. (E4, p.1, Pr.)

“No aplicó psicodiagnósticos, cuando tenemos necesidad de ese tipo de cosas lo pedimos externo.” (E4, p.2, Pr.)

“Pasa que yo busco al niño y pasa otras que el niño me busca porque ellos ya me conocen, saben quién soy. Quiero hablar contigo me dicen, siempre está el espacio para hablar con él. Tanto que lo busco yo o que lo buscan ellos”. (E4, p. 8, Pr.)

“Pero si hay alguna cosa que nos llame la atención hablamos con la familia o sugerimos una evaluación externa.” (E5, p. 3, Pr.)

“Con el niño no trabajamos mucho. Si el niño está siendo atendido por fuera del colegio tratamos de no trabajarlo con el niño, porque sacarlo de la clase es exponerlo, hay evidencia que el niño tiene algo por lo que tiene que salir de la clase. Y, segundo, para no interferir con el vínculo terapéutico, con el técnico tratante. Salvo situaciones agudas porque está angustiado o porque está muy ansioso o impulsivo y los resguardamos por la exposición al grupo.” (E5, p. 9, Pr.)

“...las prácticas psicológicas en relación a la medicalización... amplio yo lo veo, porque por lo menos desde la propuesta de trabajo y de primaria no debería haber una distinción mayor que con el trabajo con otros niños y grupos de otras características. Porque la propuesta que yo trabajo es de una intervención grupal e institucional, no individual. En teoría, las prácticas psicológicas se inscriben dentro de ese tipo de intervención y no habría una distinción en general”. (E6, p. 1, Pu.)

“Pero no necesariamente tomamos esa como una variable principal para intervenir en el grupal, es una variable más.” (E6, p. 2, Pu.)

“intentamos trabajar en herramientas más concretas porque no podemos entrar en profundidad, no nos corresponde.” (E6, p. 9, Pu.)

“Nosotros no tenemos una intervención clínica con los niños dentro del sistema escolar porque el programa tiene una mirada institucional, y ta, son muchas escuelas para pocos psicólogos” (E8, p. 5, Pu.)

“Y con los niños se puede llegar a tener una breve intervención, pero no llegamos a trabajar directamente con los niños porque no es psicología clínica lo que hacemos ahí adentro.” (E8, p. 7, Pu.)

“Puntuales, puntuales y breves, acotadas, focalizadas, porque la demanda es muy alta como para atender a tantos niños. No es un tratamiento psicológico lo que se ofrece, es un psicólogo institucional. Si usted quiere una atención psicológica de psicoterapia, llévelo a la clínica, a una mutualista, o a un centro particular o lo que pueda, la clínica de BPS que no paga. No es que a nosotros no nos guste, pero no es el ámbito (...) esto tiene que ser en algún lugar disponible como para estar con alguien, poder trabajar, y no en cualquier parte, a menos que sea necesario. Yo he llegado a hablar con niños en el patio del recreo en invierno porque no había salones disponibles y andar por allá, en el patio abajo del árbol con camperas y hablando.” (E8, p. 8, Pu.)

Sub-categoría 1.3: Presiones varias

“...lo que pasa que nosotros lo que hemos notado más allá de los fármacos es el tema del ámbito familiar, que es la gran falla que hemos notado, las carencias, las dificultades de la contención familiar que muchas veces hay ausencia” (E2, p. 3, Pu.)

“...pero entras a indagar un poquito y el pedido es, ¿no lo tendrían que medicar?” (E2, p. 7, Pu.)

“...se nos hace mucho más fácil y a las familias: “Ta, le doy la medicación” porque tampoco puedo ver que puedo hacer yo para cambiar esto. Sino que lo ponen como el niño-problema y los adultos no hacemos nada, no cambiamos, no somos parte de eso cuando en realidad es todo lo contrario, somos parte de una situación y habría que hacer movimientos, que no quede así. (E2, p. 7, Pu.)

“Una consulta Psicológica, Psiquiátrica y en relación a esto nos hemos encontrado con esto en algunos casos con, si se quiere, valoraciones que pueden resultar un poco apresuradas, pero esto me parece que forma parte también de lo que es nuestro sistema ¿no? Que a veces en consultas que son muy breves en el tiempo, la solución para estos chicos desatentos o desatendidos sea la mirada farmacológica directamente, un poco por ahí”. (E3, p. 2, Pr.)

“Cuando una maestra te hace un planteo o un docente: “este chico precisaría ritalina o este chico precisaría un antidepresivo”, nosotros no lo leemos como el fármaco, sino que lo leemos como acá hay una lucecita amarilla que se está prendiendo, estemos atentos que por algo el docente que está tantas horas con este chico, sugiere al departamento esta preocupación. Pero no lo tomamos como fármaco, te vuelvo a repetir.” (E3, p. 9, Pr.)

“Me ha pasado, por partes de docentes, este niño tiene que estar medicado. Cuando viene el pedido así (...) Se da, no te sabría decir frecuente o esporádico, pero todos los años se da. De

que el maestro viene y te dice “este niño hay que medicarlo, hay que hacer algo”. Entonces ahí es cuando más me pongo... y digo “¡pará! Vamos a observar, a pensar, a ver qué pasa en la familia. Capaz nace el hermanito y el niño está más inquieto, vamos a estudiar su historia en el colegio a ver que paso el año pasado o el otro, vamos a ver que paso con este niño.” (E4, p. 9-10, Pr.)

“...Que cuesta. Cuesta porque a veces las maestras necesitan el diagnóstico y las pastillas para sentirse tranquilas que algo está pasando, que está en tratamiento. Estos otros tratamientos que son menos visibles les cuestan el tiempo de espera. También Hay maestras más flexibles que permiten más cosas y otras que son más de libro, de la vieja escuela que prefieren (más sentadito) y ahí voy”. (E5, p. 5, Pr.)

“” ¿Este no necesitará medicación?” esta es la frase. O si no un niño que un día le pasó algo, (porque a los niños les pasan cosas, igual que a los adultos) vienen y nos dicen “a este niño no le han dado la medicación. Vamos a llamar a la casa a ver si se la dieron”. (E5, p. 12, Pr.)

“...entonces muchas veces también, cuando al equipo médico, psicólogo, le llega el informe, este niño necesita medicación. ¡No! ¡No! (...) Por ejemplo, nos lo dicen a nosotras: “este niño necesita medicación”. ¿Y yo que sé? capaz que sí, pero le pasan cosas. (E6, p.5, Pu.)

“Lo primero que hacemos cuando escuchamos eso (que tal niño tiene que estar medicado) es ¿por qué? Es como la pregunta ¿por qué?, no sé, hay que ver, puede que sí, puede que no. Entonces tratamos de trabajar esto: no todo es una pastilla, no todo es cuando le pasa a un niño, irrumpe, pasa por ahí, no todo pasa porque necesite un tratamiento psiquiátrico. Entonces empezamos a conversar esto con las maestras, observar y, si bien tenemos entrevistas con las familias, pautamos algunas cosas, nos vemos en un mes, vamos monitoreando. Si no hay ningún tipo de cambio, entonces ahí sí solicitamos un psicodiagnóstico” (E6, p.12-13, Pu.)

“Por eso te digo que el mundo medico está muy metido por distintos lugares en primaria. Por ejemplo, esto: muchas veces los niños con trastornos de conducta te piden si les puedes hacer la reducción horaria. (...) Las maestras o directoras. Yo no decido eso ni es mi competencia, y si me pedís mi opinión no estoy de acuerdo con eso. Tampoco ver si en la escuela no puede pensar eso y es una tortura la escuela, entonces hay que pensar en otras modalidades y otras cosas. Pero esto muchas veces está puesto como una de las dificultades que venga menos rato que venga las dos horas que tolera porque después del recreo no tolera. Tratamos de llegar a estrategias para que tolere.” (E6, p.14, Pu.)

“Yo siento que hay muchísimos niños que están medicados, y muchas veces hay una alta disfunción familiar donde la medicación viene a cubrir el bache de esa disfunción familiar. Y para mí es tremendo, porque invisibiliza o sigue invisibilizando el problema de base y coloca el problema en el niño” (E6, p.18, Pu.)

“...y muchas veces, sucede que desde la escuela se solicita medicación. La maestra básicamente que, bueno, con mayor o menor resonancia de la directora o de la inspectora y de la familia después. Vemos como eso sí está presente, y no lo digo desde el prejuicio, porque tampoco es decir “la medicalización de la infancia está mal”, ¿no? Está mal el exceso, como cualquier otra cosa, el sobrediagnóstico de gente, de niños en este caso y la sobreatención y el sobretratamiento. Especialista, Especialista, Especialista y el niño funciona. Vamos a darle esto y aquello químico y a ahí si va a funcionar mejor. Las posibilidades van aumentar. Entonces, más allá de los discursos que hay de cómo ha aumentado la medicalización de la infancia, en el ámbito educativo y demás y las puja a la familia, concuerdo muchas veces que la institución les exige a las familias, sin saber muy bien también qué le están exigiendo, porque son pedagogos y quieren que mediquen al niño porque quieren que el niño no moleste, básicamente (...) Y bueno, es como una nueva forma de lidiar con la diferencia, en este caso, el sistema escolar con aquel que no se adapta al requerimiento escolar. Es una forma eficaz, de la mano del DSM 5, etc.” (E8, p. 1-2, Pu.)

“...a veces las maestras lo piden sí, depende mucho de la maestra y de la persona. A veces lo piden atinada y correctamente, y a veces no tanto. Pero no lo hacen de mala fe sino buscando que se solucione algo.” (E8, p. 1-2, Pu.)

“Las maestras me han pedido, sí. Y ya saben que no lo puedo hacer.” (E8, p. 10, Pu.)

“Entonces tenemos que tener mucho cuidado aparte, porque estamos hablando de la salud de niños o niñas aparte. Y un tema que preocupa que sea la salud mental, que tiene resonancia a nivel familiar, colectivo, docentes, compañeros. No es un tema para manejar a la ligera. Aparte uno ve cómo crece todo el consumo de fármacos. Los niños son un resultado de una expansión farmacológica que comenzó después de la 2da guerra, por lo menos, y claro, hay un mercado nuevo sobre niños ahora. Entonces, ¡jojo con eso! Porque esto no deja de ser por plata. Las pastillas no te las regalan, las fabrican, las distribuyen, etc. Todo por plata.” (E8, p. 13, Pu.)

“...y al mismo tiempo hay una industria atrás que quiere expandir su mercado y va querer imponer la pastilla” (E8, p. 13, Pu.)

Categoría 2: Prácticas psicológicas

Sub-categoría 2.1: Observar, acompañar, derivar y evaluar

“...nosotros normalmente trabajamos en la clase con el grupo. Por ejemplo, para conocer al niño en el grupo”. (E1, p.3, Pu.)

“Desde mi punto de vista, la psicología me parece que tiene mucho para trabajar porque sin duda que podemos tratar de comprender a ese niño qué le pasa, por qué está así, en relación a su familia, qué está viviendo, por qué reacciona así, qué le está pasando en la clase, en la escuela, en la comunidad escuela porque a veces se sienten discriminados. Y bueno, tratar como de entender que le pasa y trabajar esas cosas” (E1, p.5, Pu.)

“En realidad, con el niño son entrevistas puntuales. Es más que nada en el grupo”. (E1, p. 7, Pu)

“En general, es eso, nosotros para la intervención específica de niños que están siendo medicalizados, que están recibiendo algún fármaco, en general hacemos seguimientos de las situaciones en esto de cuando hay fallas en la comunicación entre familia – escuela, y lo que hacemos es trabajar mucho con las redes” (E2, p. 2, Pu)

“Es que para nosotros es fundamental la entrevista con familia, y la psicoeducación, porque nos parece que es fundamental tanto para docentes, para la familia, la orientación. A veces es entrevista individual con el niño si lo amerita”. (E2, p. 4, Pu)

“Yo la psicoeducación la entiendo como esto de, desde la perspectiva psicológica, poder orientar a la familia en aspectos que tienen que ver, ya sea con la maduración del niño, o esto de cómo es el niño en el ámbito educativo y como apoyar desde la casa. Si en el ámbito educativo se le pide, por ejemplo, determinada cosa, o se le enseñe por ejemplo hábitos de higiene, o límites que en la casa se sostenga. Un poco es eso”. (E2, p. 4, Pu)

“Depende lo que nosotros observamos. Pero siempre pedirle al médico que valore la posibilidad de eso, y ahí sí que el psiquiatra vea que es lo que necesita. O alguno que necesita psicólogos, porque consideramos que es más por la parte psicológica y particular, individual; que nosotros no lo hacemos, no atendemos casos.” (E2, p. 5, Pu.)

“...entonces nosotras antes de presumir decimos “bueno, vamos a hablar con tal psiquiatra a ver por qué, qué está pasando, por qué el psicólogo considera que no está haciendo efecto, qué podría estar pasando. A veces es que el tiempo no está dejando hacer efecto la medicación, entonces hay que esperar a que haga efecto.” (E2, p. 11, Pu.)

“Nosotros desde el departamento también visitamos las clases, cuando hay un cambio en la medicación, nos ha pasado en chicos, por ejemplo, que tenemos el caso de un chico que tiene

un trastorno por déficit atencional que recién ahora en este momento se está haciendo una evaluación y esa evaluación requiere estar por ahora sin fármaco. La familia aviso al colegio que desde ese día está sin medicación, entonces nos piden que estemos muy atentos, bueno nosotros entonces visitamos la clase, después compartimos con la familia con medicación sucedió esto, sin medicación sucedió esto, eso también lo generamos.” (E3, p.4, Pr.)

“...lo que sí podemos plantear es el síntoma que nos preocupa y que nos parece que amerita profundizar” (E3, p.6, Pr.)

“Entonces, cuando llega a veces un papa a la consulta y le dicen “del colegio me dicen que esta desorganizado, que es desatento que no hace nada”, ahí ya se le está dando mucho insumo de información al técnico que capaz que a partir de eso más alguna prueba ya rápidamente llega a este diagnóstico. Entonces, yo lo que creo es que es muy importante generar toda una secuencia de diagnóstico para poder afinar cada vez más e indicar medicación cuando sea necesario.” (E3, p.7, Pr.)

“...a veces lo detectamos y a veces lo derivamos, no se lo decimos al padre si consideramos que el niño necesita medicación. Yo personalmente, en el caso déficit atencional, vemos que si hay algo en relación a la atención-concentración que no está bien, que no es lo que esperamos para el nivel, nos gustaría que tuvieran una consulta con un especialista que nos dijera por dónde va la cosa. El padre consulta fuera de la institución con el médico o el pediatra correspondiente y surge el diagnóstico que hay que darle medicación y el padre dice “no, yo no le voy a dar esto”” (E4, p. 5, Pr.)

“Detectamos ciertas dificultades en el niño. Primero llamamos a los padres, les informamos lo que estamos observando. Ver si ellos están viendo las mismas cosas que nosotros estamos viendo, indagamos un poquito como es la situación familiar. Un cambio en lo familiar que puede provocar que el niño tenga determinada conducta, pero eso lleva entrevistas con la familia. Cuando consideramos que necesita una intervención externa, le decimos a la familia que consulten con el médico tratante. Que haga un informe y ahí se deriva. A veces directamente decimos “necesitamos un psicopedagogo”.” (E4, p.5-6, Pr.)

“Observo y de ahí vamos armando, a veces no es necesario un informe para la estrategia. Y a veces ver que está pasando en la casa y orientar a los papas. Como para tener un poco en cuenta y este niño de pronto cambia, y ya no es necesaria una intervención externa”. (E4, p. 6, Pr.)

“Generalmente, se desprende del informe de lo que mandamos. Si en ese informe está involucrado el aspecto pedagógico, vamos a diagnosticar un aspecto psicopedagógico. Sino

podemos pedir un psicodiagnóstico, si el niño tiene menos de 8 años y a veces se complica el aspecto pedagógico. A veces pedimos directamente consulta con el psicólogo, si consideramos que el niño necesita un espacio para expresarse. Y también, cuando nosotros hacemos el informe, hacemos hincapié en determinados aspectos. Si la madre o el padre llevan ese informe al pediatra ya sabe, porque si nosotros ponemos en el informe que nosotros queremos una consulta con el psiquiatra un poco les rechina y les cuesta más que el psicólogo. Entonces ponemos muchos aspectos que tienen que ver con una consulta médica y el pediatra hace una derivación al psiquiatra o al neuropediatra.” (E4, p. 6-7, Pr.)

“Sí, a veces dibujos, dibujo libre, a veces familia, sí a veces he aplicado una técnica no un psicodiagnóstico completo, sino un gráfico que me dé una pista (...) El niño está muy angustiado la cosa viene por acá o por allá tendría que tener un espacio semanal que conmigo acá no lo tiene.” (E4, p. 8, Pr.)

“...yo generalmente los conozco a los niños de acá hace años que trabajo y conozco y voy y observo la clase a ver qué pasa, que paso, cuanto hace que el niño se está comportando de esta manera” (E4, p. 10, Pr.)

“...una vez que son tratados, medicados, se les hace un seguimiento, porque muchas veces el rol nuestro es muy importante: si se ven resultados, cambios y hay un seguimiento y una continua comunicación con la persona que está atendiéndolo por afuera del colegio, para ir ajustando esa medicación o para retirarla, en el caso que sea necesario”. (E5, p. 1, Pr.)

“Hay niños que con cierta medicación funcionan bien. Luego se les quita, o se les va, lo que sea. Y luego con otra maestra funcionan más o menos y hay que aumentarle la medicación, o también depende de la evolución del niño o algo que ocurra en la familia. (...) lo hace el psiquiatra tratante con nuestros informes, ¿no?” (E5, p. 2, Pr.)

“Lo primero que hacemos es tener una entrevista con la familia porque un tema de ansiedad, de inquietud y no poder aprender viene por múltiples causas. Puede ser que se haya muerto la abuela ayer y por eso no aprende, no todo deriva en la atención externo, Los padres se están separando, algo pasa.” (E5, p. 3, Pr.)

“Llegamos como a un acuerdo a una hipótesis de lo que puede estar pasando que a veces puede ser dificultad de adaptación al grado, a la maestra, o a lo que nosotros veamos cierto movimiento, si eso no evoluciona pedimos una evaluación externa. El tipo de diagnóstico se hace por fuera del colegio, dependiendo lo que sea psicomotriz, psicológica directamente si estamos hablando de niños más pequeños que tenemos la hipótesis que estamos frente a un TEA o lo que sea, ahí

ya pedimos un psiquiatra, un neuropediatra, dependiendo también como la familia recepcione a lo que nosotros estamos viendo. A veces es más fácil consultar a un psicomotricista que ir directamente al neuropediatra porque a la familia le choca un poco más. Entonces la atención la hacemos un poco de acuerdo a la recepción de la familia.” (E5, p.3, Pr.)

“Es importante el psicodiagnóstico hecho por un psicólogo para hacer un diagnóstico diferencial de lo que está pasando. También, los psiquiatras usan la medicación para hacer el diagnóstico diferencial. Si al niño le da ritalina y no mejora, no es déficit atencional. Por eso trabajamos en conjunto, nos avisan: “le vamos a dar medicación”. Empieza sábados y domingo en casa, y esa semana cambia. Si no cambian no es déficit atencional y se le retira la medicación, y así vamos a hacia una psicoterapia más convencional porque el tema es más afectivo (...) los psiquiatras más conocidos de esto, nos mandan los protocolos de observación. Ya sabemos que le van a dar medicación, la familia llena uno, la maestra uno y nosotros otro. Y eso le mandamos al psiquiatra y el psiquiatra le retira sin problema. La ritalina, si el niño la necesita y la toma, cambia de un día para el otro (...) En la escuela es donde más se necesita prestar más atención e inhibir cosas que le interesan más para prestar atención a lo que le interesa menos.” (E5, p. 8, Pr.)

“Siempre estamos en contacto con los chiquilines y observando diferentes situaciones.” (E5, p. 10, Pr.)

“Pero no todo va a ser medicalizable, ni los rótulos son estáticos, sino que el niño va variando. Está bueno pensar el niño en este año y con esta maestra, porque el niño funciona así, vemos el niño con un año más, con otra maestra y con otro grupo, y el niño funciona de otra manera.” (E5, p.11, Pr.)

“...si nosotras además tenemos una intervención con el niño en lo grupal, observamos un motón de cosas.” (E6, p. 9, Pu.)

“hay veces que es pertinente y adecuado (la medicación) y trato de ser un facilitador entre como la escuela se lo va a pedir y el niño lo va aceptar, porque a veces se lo piden de una manera mal, medio inadecuada, de la escuela a la familia. Se lo exigen como si fuera la enfermera y no. Muchas veces hay tacto de la dirección y de la maestra que lo hablan con la familia, y lo hablan, y lo van como... y otras veces no. Al revés, una exigencia un poco despótica de la maestra. Y la familia... ahí hay potencial de conflicto y nosotros tenemos que evaluar eso: que no colisionen” (E8, p. 5, Pu.)

“...ponele que a mí no me convence, por los informes pedagógicos y psicológicos, si los hubiera o lo que sea, no me convence que el niño necesite medicación, no les voy a decir a la familia que

lo medique. Les digo en función de la situación, por más que la maestra quiera que lo medique.” (E8, p. 6, Pu.)

“Porque digamos el trastorno de conducta, el niño disruptivo digamos, el que se sale del canon de lo esperable, que, de algún modo molesta, puede estar acompañado o no de dificultades cognitivas. Puede haber un retraso intelectual asociado, entonces puede haber distintas vías. Hay situaciones en las que tenemos que facilitar el contacto con una evaluación, primero nuestra es decir del CEIP, que venga la maestra de la escuela especial cercana y lo vea...” (E8, p. 8, Pu.)

“Se puede solicitar directamente consulta psicológica con la familia y orientarlos donde los pueden llevar porque podría ser bueno. A veces se puede orientar directamente con el psiquiatra infantil porque el niño que ya tienen consultas previas, entonces hay una historia médica ahí que hay que aprovechar. Y otras familias hay que perseguirlas porque son omisas o ausentes y el niño da cuenta de eso y tenes que terminar haciendo ya en otro nivel un seguimiento y ya contactar con el INAU ponele, si fuera necesario.” (E8, p. 8, Pu.)

“Entonces, a veces tenes que acompañar para que transiten por un tratamiento farmacológico. Otras veces, tenes que acompañar para que esperen. Y otras veces para decirle directamente que no. “No necesita, no lo haga. Lo monitoreamos más adelante, pero me parece que por ahora no”. “Pero viste que la maestra...” “pero yo te estoy diciendo lo que me parece a mí, después vas y lo conversas con la maestra o con la directora.” Y a veces colisionas, pero bueno es parte de la tarea.” (E8, p. 9, Pu.)

“Como psicólogos vinculados al sistema educativo, no ser arbitro de nada porque no nos corresponde, pero sí de nuestras concepciones de salud mental, de los modos de funcionamiento familiar, psíquico y vincular y demás pedagógico, aprendizaje, atencional, integración del niño a la propuesta a contribuir cuando podemos con aquellos que accedamos”

Sub-categoría 2.2: La escucha

“porque muchas veces está la cuestión de tratar de escuchar, de entender qué es lo que pasa, y de hacer una devolución a la familia lo más acorde posible. Que trate de entender que es lo que le está pasando al niño”. (E1, p.4, Pu)

“...porque hay veces que están sobremedicados. Hay niños que, a veces, parece que tuvieran déficit atencional, y viene por otro lado, viene por lo afectivo y por lo emocional que está viviendo en la casa, y hay que diferenciarlo. A veces cuando el niño empieza a poner en palabras esas cosas, empieza a ver qué es lo que él siente y a relacionarlo con lo que le pasa en la casa o acá mismo ¿no? Empieza a hablar y va cambiando su actitud. Y ya desde la maestra, que lo veía

quizás de una forma, que era un niño que tenía que medicarse, ya le cambia la visión, porque lo pueden ver en su contexto al niño” (E2, p. 13, Pu.)

“...el niño va cambiando de actitud, ya no es ese niño que inquieta, se dispersa y que no puede con su cuerpo: empieza a poner las cosas en palabras” (E2, p. 14, Pu.)

“Una vez que nos llega de repente de primera mano o a través de algún referente, algún aspecto que inquieta generamos todo un proceso de profundizar a ver si todo esto es aislado o si esto se sostiene en el tiempo, si esto es así, se buscan instancias de primer acercamiento con los chicos, tratar de involucrarnos de hacer que sienta que estamos disponibles, de abrirles la cancha. A veces ellos vienen o piden para conversar, que se sientan acompañados” (E3, p. 8, Pr.)

“...ellos me conocen y saben que este espacio es para hablar por ejemplo puede venir con otro compañero. “Queremos hablar contigo para que nos ayudes”. Entonces ahí ellos saben lo que hago y me buscan en este sentido (...) en la clase me preguntan “¿vos quien sos?” “soy la psicóloga”, y “¿qué haces?”. Es una buena oportunidad para contarles lo que hago, que pueden hablar conmigo, que yo vengo tales días y me ven. Algunos niños son más asiduos a consultar conmigo y otros no.” (E4, p. 8, Pr.)

“...vamos a ver, a empezar a valorar muchas cosas. Después de eso, hablamos con la familia: “estamos notando que fulanito está más inquieto, ¿está pasando algo?”. “Sí, sabes que nos estamos mudando”. Bueno, vamos a contextualizar esto dentro de que es una situación que creemos va a pasar. Por supuesto, hablar con el niño: “a ver ¿qué te pasa?, me conto la maestra que a veces te pones triste”, y dar ese espacio. No porque haya un pedido y va a derivar en un informe, primero lo vemos nosotros”. (E4, p. 10, Pr.)

“A veces trabajamos con el niño, si está muy angustiado o si tuvo una pelea, por ejemplo. Los niños nos conocen a nosotras desde el primer día. Ellos nos conocen a nosotras, nosotras andamos por los corredores, entramos a las clases entonces ellos saben que si quieren hablar con nosotras lo pueden hacer (...) nosotras le preguntamos si quiere hablar con nosotras, lo invitamos a venir tenemos juegos, jugamos con ellos tenemos cajas de juego, tratamos de llegar al niño como para poder aprender” (E5, p. 3, Pr.)

“Nuestra tarea es generar visibilidad de las cosas que vemos, de nuestras hipótesis, porque tampoco vemos diagnósticos (...) Nosotros apuntamos a que desarrollen su potencial y aprender a pasar de año, y que no queden muy expuestos, y a sus conductas muy disruptivas. Pero cada niño es diferente.” (E5, p.5, Pr.)

“...la escucha siempre está acá, y medir la intervención. Porque yo puedo escuchar y llamar a los padres y generar un movimiento en la familia para que el niño este mejor. Pero si el niño está en terapia, eso lo tiene que hacer la psicóloga, no yo” (E5, p.10, Pr.)

“...y el primer contacto suele ser con el niño, “¿qué te pasa?”, y ahí es que muchas veces es que son niños que no los escuchan, que no los entienden. Y ahí tratamos de poder escuchar primero al niño para poder trabajar algo de eso sin romper el secreto profesional, y trabajar algo de eso porque trasciende la escuela, es algo más complejo. Si eso no se trabaja en el futuro puede tener consecuencias... futuro inmediato. Por ponerte una situación en los que sí hablamos con los niños lo conozcamos o no. “Hola soy fulana, psicóloga de la escuela, quieres conversar”. Generalmente sí quieren conversar, entonces ahí sí, después no.” (E6, p. 9, Pu.)

Sub-categoría 2.3: Adecuar la escuela

“Y tratar de ver cuáles son las adaptaciones curriculares que puedan... que el niño pueda estar en la escuela de la mejor manera posible y que disfrute del rato que está en la escuela. Es un niño que le cuesta estar en clase, el necesita una atención más personalizada, Entonces se ha buscado la manera que esté más con la maestra de apoyo, con el profesor de educación física (porque le gustan los deportes). Por ejemplo, con la maestra que es dinamizadora Ceibal, que bueno, trabaja con él en la ceibalita y le manda deberes. Bueno, por ejemplo, le gusta tocar instrumentos musicales (el tambor, por ejemplo). Que se exprese a través del instrumento, es tratar de dar clase desde lo que se puede”. (E1, p.10-11, Pu)

“...no sé, iba haciendo como un paralelismo entre el ayer y hoy, y el que era inquieto se hablaba con la familia, hoy por hoy se lo medica con ritalina. Entonces, personalmente yo pensaba, me cuestionaba, muchas veces decimos: “pah, sí, este niño, una inquietud psicomotriz, capaz que habría que verlo”, y capaz que la intervención va por otro lado, no va por el lado de medicarlo sino por el lado de una intervención más psicológica o desde la contención, desde la escucha. A veces creo que, en esta vorágine del día, y de que las cosas tienen que salir, a veces no nos paramos a cuestionarnos cosas como esto. ¿No estaremos cayendo en esto de “pah y no habría que medicarlo?”” (E2, p. 14, Pu.)

“Y la institución tiene una política de atención a la diversidad que hace que la atención se ponga en los procesos de cada uno. Entendemos que cada chico aprende y tiene un estilo de aprendizaje en particular, entonces la institución trabaja con sus docentes buscando distintos mecanismos que faciliten que todos los chicos puedan aprender”. (E3, p. 3, Pr.)

“ayudamos a orientar la línea de pensamiento, generamos estrategias de clases a veces subgrupales, estrategias más motivadoras, cambios más rápidos de lo que es la rutina de clases. En vez de un tema que está previsto hacerlo en 40 minutos, hacemos algo de 15 minutos, 5 de distenderse un poco, otros 15 minutos... generamos también movimientos desde el colegio antes de casarnos con el síntoma”. (E3, p. 7, Pr.)

“Son estrategias que usa el docente adentro del aula, yo lo que a veces hago es sugiero al docente, observo la clase como el niño se maneja en relación al aprendizaje y al vínculo con el docente y a veces pequeñas adaptaciones que el docente tiene que hacer, tratar de hablarle de otra manera al niño, que las consignas sean más cortas, tratar de ubicarlo en un lugar en el aula donde haya menores distractores.” (E4, p.1, Pr.)

“Por ejemplo, hay niños que tienen bajas tolerancia a la frustración, cómo manejar eso con el docente y como ponerle un límite no es lo mismo cómo ponerle un límite a un niño que tolera determinadas cosas a otro que no, puede disparar otro tipo de comportamiento. Entonces con ese niño tenemos que poner límites diferentes. Un trabajo de orientación al docente y de mucha observación de conocimiento de ese niño, cómo se maneja en el grupo, cómo se maneja con el docente”. (E4, p. 2, Pr.)

“Un niño tiene un diagnóstico de déficit atencional y con hiperactividad también y esta cosa de constante movimiento que están haciendo ruidos con objetos. Tratar de quitarle la mayor cantidad de objetos de arriba de la mesa. Dejarle solo con el cuaderno y el lápiz que va a trabajar. No ubicarlo cerca de la ventana porque eso hace que el niño se distraiga mirando por la ventana. Colocarlo cerca del docente para que con un gesto haga que el niño vuelva y le preste atención al docente”. (E4, p.2, Pr.)

“A veces me pregunto, no por acá ni en estas instituciones sino en general que de pronto hay muchos niños medicados por ansiedad o por déficit atencional, y a veces me cuestiono el sistema educativo, o ¿qué pasa? porque yo a veces lo que percibo es como cierta intolerancia a atender la diferencia, a homogeneizar. Entro al aula y quiero que todos me presten atención y que todos estén sentaditos y que cuando yo digo “abran el libro” todos lo abran. Entonces, el que no hace eso en el tiempo que lo tiene que hacer que lo vea el psicólogo porque tiene un problema. Eso a mí me genera muchas dudas, y me ha pasado en el trabajo situaciones en las que me digo “no, no es el niño. ¡A ver, vamos a plantear estrategias y a ser tolerantes! Capaz necesita tiempo para entrar y salir de la clase, démosle ese tiempo (...) Hay que tener mucho cuidado en ese sentido, en decir “sí, este nene es para medicar” y plantearnos nosotros los adultos cómo nos paramos ante los niños.” (E4, p. 9, Pr.)

“...pensar: ¿por qué tantos niños medicados? Para mí en esto, está de cambiar las estrategias educativas, actualizarlas un poco. Actualmente el niño aprende de tantos lugares, no solo del maestro y el pizarrón: aprende de internet, de sus pares, tiene una fuente de información y aprendizaje tan variable de estímulos que a veces el maestro con el pizarrón puede resultar menos atractivo. A veces, son niños que no se adaptan a esa modalidad y no es que tengan una patología. A mí eso me genera... me cuestiona ese tipo de cosas. Me pregunto. (...) Trabajar con la subjetividad, eso también ha cambiado, cambia con la cultura, con el tiempo histórico. No son los mismos niños en este año que en 1900, hay que tener en cuenta las investigaciones en relación a eso, y eso me parece que es un trabajo que puede dar la psicología a la interna del sistema educativo”. (E4, p. 10, Pr.)

“...porque depende de lo que las maestras pretendan, porque si a un niño con hiperactividad y la maestra quiere que esté sentado todo el día, para la maestra va a ser disruptivo. Si la maestra es más flexible en eso, y que es un niño que va a aprender parado, moviéndose y lo ubicamos en un lugar atrás de la clase para que no quede expuesto, y logramos todo eso, no va a ser tan disruptivo que si la maestra lo sienta delante de todo y pretende que este sentado. Ahí también tenemos que trabajar con la maestra para llegar a acuerdos.” (E4, p.2, Pr.)

“Estas nuevas generaciones de niños que no solo porque tenga un trastorno o no, acá están 8 horas sentados (...) estas nuevas generaciones son diferentes. Pero igual se hace un trabajo con la maestra, se trata de saber qué es lo que espera esa maestra de ese niño. Y después todo el tema de la evaluación: ese niño que tiene hiperactividad le ponen en el carnet niño inquieto. ¡Y sí, es como pedirle al ciego que vea! O evaluar la atención con un 5. Nosotros, en este colegio, tenemos adecuación curricular. Eso no solo implica adecuar la enseñanza para que el niño que tenga alguna diferencia desde el punto de vista físico: si es inválido vamos a adecuar las escaleras. Bueno, también si tiene otro tipo de diferencia como la atención, entonces también tenemos que adecuar la enseñanza a eso. Por ejemplo, permitirle que este parado en el último banco porque necesita estar parado (...) No solo adecuar la práctica de la enseñanza para que el niño pueda aprender, sino que tenes que adecuar la nota de la evaluación.” (E5, p.6, Pr.)

“...y tratar de hacer una educación más inclusiva, donde haya una educación para todos. Antes la maestra enseñaba lo mismo para todos, pasaba raya y el que no llegara tiene un problema. Lo que se intenta (ahora) es de hacer un panorama de lo que tengo en la clase y luego cada uno como necesita aprender. Eso es adecuación curricular y no es necesariamente porque tenga un diagnóstico. Pero nos pasa que, si tiene un diagnóstico, la maestra acepta la adecuación

curricular, sino lo tiene no (...) Porque yo creo que, si hacemos prácticas un poco más inclusivas y menos homogéneas, se van a medicalizar menos a los niños.” (E5, p. 10-11, Pr.)

“Para mí, el rol del ámbito educativo es que el chiquilín tenga la educación más digna posible y si el chiquilín necesita determinadas adaptaciones o estímulos particulares la escuela se lo tendría que brindar porque es el tránsito curricular del chiquilín y de su vida.” (E7, p. 10, Pu.)

“Más que la maestra es la estructura del aparato educativo, que, de alguna manera, se acoplo a eso, a esta posibilidad de tratamientos farmacológicos disponibles. Es como la fantasía de solucionar el problema de que el niño se tranquilice, y aprenda y sea bueno con los compañeros que ellas tienen. Así que ellas tienen... pero en un lugar que es difícil sostener, y que son niños del 2017 y la escuela en un formato de 1917, más allá de la ceibalita. Entonces es difícil también, lo que antes se daba casi naturalmente que era la adaptación del niño a lo que el sistema le proponía por el disciplinamiento más férreo, hoy un niño que no se adapta.” (E8, p. 2-3, Pu.)

“la escuela tiende a ser normalizadora históricamente como institución, se puede volver prescriptiva sobre algo que no le corresponde. Por ejemplo, que el niño tome medicación.” (E8, p. 10, Pu.)

Categoría 3: Intercambio con otros actores

Sub-categoría 3.1: Intercambio con otros técnicos. ¿Hay feedback?

“tenemos contacto directo por el trabajo en sí con los técnicos que trabajan con los niños, con psiquiatras, psicopedagogos, psicólogos, y bueno, nos enteramos cuando están en tratamiento o averiguamos, ya sea a través de la familia o vamos directamente a consultar con la gente que está trabajando directamente con el niño; ya sea policlínicas, sea por FONASA, mutualista o por ASSE” (E1, p. 1, Pu.)

“...trabajamos muy de cerca con Salud mental de ... (zona donde trabaja), que es de ASSE. Ahí sí, directamente con la trabajadora social, con las psicólogas, con las psiquiatras. Y bueno, se trata de que la gente pueda retomar”. (E1, p. 2, Pu.)

“Sí, hay una comunicación bastante fluida. (...) Y se da como de forma espontánea. Te acercas, y preguntas. Decís que venís de tal escuela, sos de Primaria. O sea, me presento, y “quisiera hablar con la trabajadora social de Salud mental, o de MIDES, o de SOCAT”. Y se da. Se da como más contacto, comunicarnos.” (E1, p. 9, Pu.)

“Se piensa en conjunto. (...) Sí, en reuniones con los técnicos que trabajan con él. En este caso con la psicóloga (del centro psicopedagógico), con la madre del niño ¡fundamental!, con el niño”. (E1, p. 11, Pu.)

“Sí, más que nada con Salud Pública. Con ASSE tenemos más cercanía. Es un poco más difícil acceder a los técnicos de las mutualistas. Lo hemos hecho de todas maneras, pero sí.” (E1, p. 12, Pu.)

“Ah, con ellas por mail, por teléfono, por WhatsApp. (...) hasta presencialmente (risas). (consultada sobre los vínculos con técnicos de ASSE) (E1, p. 12, Pu.)

“Bueno, ahí a veces si nos dicen que no, hacemos contacto para que retomen el tratamiento o la consulta. En eso sí ayudamos.” (E1, p. 13, Pu.)

“Entonces, lo que nos pasa a nosotros en la intervención es que vamos con las redes, hablamos con sistemas de salud, con el médico referente, sea policlínica en salud mental, sea sociedad médica, que nos ha pasado, son los que nos aportan datos en relación a si hay un diagnóstico cual sería, y que medicación percibe el niño” (E2, p. 1, Pu.)

“Y bueno, la psiquiatra orienta que ahí, más allá del tema de la medicación, también hay que contener desde otro lugar. Mas desde el apoyo, la contención el afecto y el tema de la medicación seguir trabajándolo conjuntamente. También con la psicóloga (...) Es un trabajo conjunto escuela-familia -equipo técnico y redes.” (E2, p. 4, Pu.)

“¿Cómo se da? Y bueno, a veces tenemos que ir nosotros al lugar y pedir entrevista. Nos ha resultado más fácil acceder al ámbito público que al privado. ¡Mucho más fácil! (...) El ámbito privado queda muy reservado de la información. Muchas veces se resisten. Sin embargo, en el ámbito público se está intentando de hecho armar una red de participación donde justamente se estaba haciendo esto de coordinar acciones, intentando formar una red con una reunión mensual...” (E2, p. 8, Pu.)

“...o decíamos: “mira, allá esta la psiquiatra, quiero hablar con ellos”. Y de repente nos podían atender. Hoy por hoy están tan desbordados que nos piden que coordinemos con ellos un día y una hora para poder venir, y charlar y entrevistarnos.” (E2, p. 9, Pu.)

“Siempre tratamos de nosotros pasar información, pero ellos también nos pasan a nosotros: para saber cómo seguimos acá, para saber cómo orientamos a las maestras también, que son las que están todo el día con los niños. Generalmente somos nosotros los demandantes. Es raro que el psiquiatra pida a nosotras” (E2, p. 9, Pu.)

“En realidad, lo que hace el colegio, tanto en un caso como en el otro, es siempre de mantenerse en una comunicación fluida con los diferentes técnicos tratantes de todas las áreas, no solo en la parte medica sino en la parte técnica y generar intercambio sistemático de forma de aportarnos mutuamente desde la mirada desde los diferentes espacios, enriquecernos y recibir de repente sugerencias e insumos de otro lado y compartir como nosotros nos vamos viendo desde este lado. Eso se hace anualmente, en todos los casos se buscan instancias de intercambio ¿verdad?” (E3, p. 1, Pr.)

“Y desde el departamento, incluyéndose muchas veces a la maestra o a la dirección (primaria o secundaria) se generan instancias con los técnicos tratantes y a partir de ahí se generan, incluso se planifican a partir de lo que se está trabajando en un espacio y en otro, objetivos comunes para acompañar a los procesos de los chicos” (E3, p. 2, Pr.)

“Si, te diría que en el 90 % de los técnicos están disponibles a hacer ese tipo de cosas porque trabajando con un niño tenes que tener claro que debes tener un relacionamiento fluido con el ámbito educativo. Es muy raro, y la verdad que son contados con los dedos aquellos técnicos que ponen trabas a nivel institucional. (E3, p. 11, Pr.)

“...al ser un colegio privado, la mayoría tiene atención en salud privada, y te estoy diciendo desde el pedagogo, el Psicólogo, el Psiquiatra, el fonoaudiólogo; tienen todos.” (E3, p. 11, Pr.)

“Y es fluida la comunicación, muy fluida y más hoy en día, con el whatsapp, siempre embromamos que tenemos fácil por día 10 audios para escuchar de los técnicos” (E3, p. 11, Pr.)

“Es multidisciplinario porque se tiene entrevistas con los médicos tratantes o alguna comunicación, a veces es difícil de contactar personalmente con los psiquiatras que medican, pero si a través de notas, nos enteramos de que va el tratamiento” (E4, p. 1, Pr.)

“...luego que ese niño va tanto al psicólogo, psicopedagogo, psiquiatra. Nosotros recibimos un informe y le decimos a la familia que nos vamos a poner en comunicación con ese técnico. Entonces los llamamos, lo citamos con una conversación telefónica y está la maestra, estoy yo, la directora, la coordinadora e intercambiamos opiniones; y pasados tantos meses volvemos a hablar. (...) Muy pocas veces hemos tenido que... (ir) Al que le cuesta más venir es al médico psiquiatra, generalmente nos manda una notita o hablamos telefónicamente o por mail a veces” (E4, p. 6, Pr.)

“Con el psiquiatra con el neuropediatra. Sí, muchas veces se hace de forma telefónica otra vez vienen a la institución tenemos reuniones. Nosotros en general tenemos reuniones una o dos

veces al año con los equipos que trabajan con los niños que están teniendo intervenciones” (E5, p. 1, Pr.)

“...si está en tratamiento, nos comunicamos con su psicólogo para que sepa que fue lo que paso y tome esto en su terapia.” (E5, p.4, Pr.)

“Es mutuo. Nosotros siempre pedimos un teléfono llamamos seguro a la clínica. Muchos también nos piden... Todo niño que sabemos qué hace años que está en tratamiento cuando cerramos el año, ya tenemos pautadas las entrevistas para el año que viene en marzo-abril (...) los psiquiatras vienen menos. Es más difícil acceder. Pero nos dan el teléfono o el mail. Y sí, todo_ psicólogos, psicopedagogos, los psiquiatras.” (E5, p.7, Pr.)

“Sí aquellos niños con tratamiento psiquiátrico, más allá de otros tratamientos médicos, ahí lo que siempre intento es hacer una coordinación o comunicación con el equipo tratante, de forma tal que nos pueda orientar en las prácticas en la escuela y de hacer de nexo entre los técnicos (que en general son varios) con la escuela. Es muy difícil a veces, poder entretrejer.” (E6, p. 1, Pu.)

“Generalmente, el informe es de la maestra como lo ve en la escuela y nosotras si ese niño pasa por el comité de recepción y es derivado a alguna atención específica, hacemos el contacto con el psicólogo o el equipo multidisciplinario. Ahí buscamos nosotras contactar con... Nos cuesta más en el ámbito privado, nos cuesta menos en el público porque ya tenemos hechas las conexiones con la salud mental...” (...) Nos ha pasado que para poder hablar con el psiquiatra nos piden que vayamos a su consulta, todo bien yo voy, pero es como el palito en la rueda. Hay otros que te dan el cel. (E6, p. 3, Pu.)

“Lo que se solicita desde el ámbito médico es solicitar informes a la maestra. Ahí también está el reclamo eterno que eso no vuelve, no vuelve información desde los médicos a la maestra. Por eso nosotras lo que solemos hacer es hacer de nexos. Nosotras nos encargamos de comunicarnos con los técnicos y que vuelva qué valoró, qué sugiere a la escuela” (E6, p.5, Pu.)

“...No, de nosotras a ellas, vos por donde vas pensando que puede pasar, o de que áreas pasa, sobre todo de aquellos niños que estás despistado, que no sabes muy bien. Insisto nosotros no tenemos entrevista clínica, ni técnicas en la escuela, muchas cosas que no hacemos, entonces esa vía directa al mundo interno no la tenemos. Entonces la entrevista clínica tiene otras características. También eso de compartir miradas, a veces similares, a veces no, pero ahí poder plantear.” (E6, p.13, Pu.)

“A mí lo que me sorprendió, que yo no lo sabía, es que los psiquiatras son reticentes a dar el diagnóstico y darte el por qué medican de la forma que medican.” (E7, p. 9, Pu.)

“Ellas (maestras) mandan el informe pedagógico al médico y el medico no responde.” (E8, p. 3, Pu.)

“O sea, hay una injerencia del poder médico, en este caso de psiquiatras infantiles por sobre el sistema educativo, no tiene sentido, hay como un salto. Yo entiendo la competencia profesional, pero la persona no está adentro, no tiene idea de lo que pasa ahí adentro, ¡ni idea!, nunca pisaron una escuela. Pisan el colegio privado de los hijos o cuando ellos iban a la escuela hace 30 años que no tiene nada que ver. Entonces hay un desfasaje también.” (E8, p. 3-4, Pu.)

“Más allá del psiquiatra, te diría que capaz las policlínicas de ASSE que son las chiquitas, las barriales y de repente vos sabes que el psiquiatra tiene... es más fácil. Pero el tipo va a ir y la mujer tres veces por semana, no te recibe, no puede, no le interesa, no le da bola. Hay un exceso de la cuota de poder del psiquiatra porque está fuera de su sistema, pero ta, se lo permitieron, porque antes sí se hacía desde adentro de primaria, pero fue un lío.” (E8, p. 4, Pu.)

“A veces hay informes de la maestra, las maestras son muy del informe, otros ámbitos no, por ejemplo, el psiquiatra sin ir más lejos. Le das un papel así y te lo dan fotocopiado, es poco serio me parece, no se dan cuenta. (...) Solicita informes y en el mejor de los casos devuelve esquelas ilegibles. Otras veces no, te mandan esquila que se pueden leer, pero un informe en hoja A4 con la fecha y no sé qué, ¡olvídalo! ¡Yo nunca vi, nunca vi! (E8, p. 8, Pu.)

“Vamos por los que están alrededor. Por ejemplo, si es una policlínica, vamos con el asistente social, o la psiquiatra que está ahí, tratas de llegar. Si no llegas, no llegas. Esta fuera de tu competencia, porque está fuera de tu sistema. Una cosa es el sistema de salud y otra cosa es ANEP.” (E8, p. 11, Pu.)

“En general, el movimiento es sensiblemente mayor desde la escuela hacia el sistema de salud.” (E8, p. 11, Pu.)

Sub-categoría 3.2: Intercambio a la interna de la escuela

“...falta un poco más capaz de esta concientización del por qué, el para qué trabaja un psicólogo en la escuela. Que creo que la gente más o menos ya lo está entendiendo. Que cada vez que nos acercamos les decimos, tanto a los niños como a las familias, “nosotras acá estamos para esto...”. Incluso les preguntamos a los chiquilines y a las familias: “¿Para qué creen que está un psicólogo en la escuela?”. Y trabajamos sobre esas cosas.” (E1, p. 6, Pu.)

“...más que nada nuestro trabajo es esta cuestión de la articulación con el docente ¿no? No solo con las familias sino también con toda la escuela. ¿No sé si se entiende? (E1, p.7, Pu.)

“Las maestras en general están abiertas a trabajar con otros técnicos, es más, piden, necesitan, piden asesoramiento, hacen los informes, no tienen ningún problema” (E1, p.7, Pu.)

“...y ahí vamos hacia la intervención con el docente, donde nos aporta más datos: si hay algún informe, si ese niño está siendo medicado, si tiene conocimiento al respecto si hay algún papel, algún registro, algún informe que diga qué medicación percibe el niño, si la medicación la debe percibir en horario escolar, si se hace algún acuerdo con la familia en relación a si viene la familia a dárselo, en que horario. (...) el docente generalmente sucede que no tiene la información completa, no sabe que toma el niño, no sabe cuáles son las dificultades ni el diagnóstico”. (E2, p. 1, Pu.)

“Sí, a veces lo detectamos nosotros, y a veces el docente viene y nos dice: “mirá, tengo un niño así y así, dicen que está medicado o está siendo medicado, pero yo observo tales conductas”. O a veces el docente viene y te dice yo considero que debe estar medicado. (E2, p. 2, Pu.)

“La maestra reclama. ¡No puede ser que no haya un diagnóstico! Y en realidad nosotros como sabemos que se está dando esa visión del no-diagnóstico, decimos “bueno, pero capaz que el diagnóstico no es lo importante, sino saber cómo encarar a ese niño con esas dificultades que tiene, más allá del nombre””. (E2, p. 5, Pu.)

“Se lo tenemos que aclarar, porque sí se espera a veces. “¿Y ustedes le pueden hacer algún test o alguna cosa?”. Entonces nosotros aclaramos que no. La perspectiva del programa es intervención en situaciones, no casos. Por eso es que se encara el tema a nivel grupal y después bueno, si la situación amerita ir mas puntualmente... pero no se hace psicodiagnóstico acá”. (E2, p. 6, Pu.)

“Hay que trabajar mucho con las expectativas que tiene la escuela en relación al equipo.” (E2, p. 6, Pu.)

“Entonces ya eso alivia, y a veces hasta la conducta del niño empieza a mostrar otra característica. Entonces, a veces el niño ese que “pah, mirá, tendrían que medicarlo”, después con una intervención que sea desde otro lugar, más desde una prevención o poder traer el tema y hablarlo, ya alivia. (E2, p. 13-14, Pu.)

“Somos parte del sistema educativo y a veces, por más que no querramos, quedamos encerradas. Tratamos de salir de los breches que a veces... esto de orientar al docente porque quiere que lo medique. Capaz que piensa que lo mejor sería eso, entonces nosotros tenemos que ser muy cuidadosos. La reflexión sería: a diario tenemos que cuestionarnos si no estamos cayendo en la demanda de otro, y no en lo que a nosotros nos parece técnicamente (...) es un

ejercicio que tenemos que hacer, ya venimos con la cabeza pensando de que yo no me puedo enganchar a lo que me están diciendo, yo tengo que poner un signo de interrogación y ver yo. Eso de la “estructura de demora”: hay que tener un tiempo de estructura de demora para pensar que es lo que voy a hacer. Y sabiendo que lo yo vaya a hacer va a repercutir en el niño, y que yo tengo que pensar qué es lo mejor para él. Desde ese lugar.” (E2, p. 16, Pu.)

“...había que trabajar más desde ese lado para que luego ese chico lograra sentirse cómodo y correrse de una cantidad de prejuicios que estaban en torno del diagnóstico” (E3, p. 5, Pr.)

“¡Es que se trabaja con el docente! Porque muchas veces quien detecta el primer síntoma es el docente. Después nosotros como departamento concurrimos a la clase, generamos reuniones de coordinación con los maestros y entre nosotros, intentamos (como te digo) que no sean respuestas muy rápidas al problema del primer síntoma.” (E3, p. 7, Pr.)

“La maestra suele saber. Sí, sobre todo para observarlo y notar si hay cambios en su conducta y si corresponde un cambio de medicación.” (E4, p.1 Pr.)

““Mi orientación a los docentes que están, que hacer frente a determinadas situaciones.” (E4, p. 2, Pr.)

“Se habla con el grupo, en general por ejemplo cuando estas cosas suceden, miren lo que paso, vamos a tratar de entenderlo, de buscar otras maneras de comunicarnos con él. A veces pasa que ¿por qué a él lo dejas hacer tal cosa y a otro no? Si yo le digo esto él se enoja o no puede controlar sus enojos, tratamos de que el grupo lo entienda y sí generalmente no hay situaciones como de rechazo o cosas así”. (E4, p. 3, Pr.)

“Hay mucho de psicoeducación, en el ámbito educativo tanto con los padres con el personal no psicólogo que trabaja acá de poder explicarles las características. De los niños como es importante que actuemos. Pasa mucho también que el trabajo y contención también a los docentes o a los adultos que trabajan en la institución también se desbordan ante determinadas situaciones. (...) Se juega mucho el vínculo que el docente tiene con el niño, entonces esa contención afectiva que tiene el docente conmigo”. (E4, p.3-4, Pr.)

“...pocas veces hago yo sola un informe generalmente es con el docente, lo armamos juntas” (E4, p. 6, Pr.)

“...le decimos a los docentes, por ejemplo, que no lo haga leer en voz alta. No lo exponamos a este niño que le cuesta leer a sus compañeros, entonces no se hace. Ponemos en el diagnóstico que estrategias, que adecuaciones habría que hacer. Por eso yo te decía al principio que yo trabajo muy en conjunto con las maestras.” (E4, p. 11, Pr.)

“tratamos que el mensaje de los técnicos y de la institución a la familia sea uno.” (E5, p.3, Pr.)

“Todo este tipo de cosas la trabajamos con las maestras algunas se prenden más y otras se prenden menos. La dirección nos acompaña en esto también y cuando los niños no están rindiendo, o las cosas no están funcionando como queremos. Entonces adecuamos algunas prácticas para que el niño se sienta mejor.” (E5, p. 6, Pr)

“Sí, necesita del diagnóstico. cuando nos reunimos con técnicos o mandamos un niño a evaluación, y después vamos a recibir a los técnicos que los evaluaron y recibimos un informe, ellas esperan la última hoja donde dice que tiene (...) No se dan cuenta que ella es parte de ello, es parte de la enseñanza. No es lo mismo en una clase tener tres niños con el mismo trastorno, pero van a funcionar diferente y con el vínculo con la maestra. Si la maestra se pone las pilas, el niño va a funcionar mejor que si trabaja de otra manera.” (E5, p. 6, Pr.)

“...es en las situaciones más complicadas porque se genera un desgaste importante con los adultos también, tratamos de oxigenar un poco, de apoyar un poco, de observar las practicas docentes y de apoyar ahí.” (E6, p. 7, Pu.)

“El niño emerge o hace síntoma de una situación familiar y en la escuela lo tomamos como en una situación grupal.” (E6, p. 8, Pu.)

“...primero conversamos con la maestra qué es lo que ella observa, tratamos de ir a observar al niño, ir a la clase, ahí nos ponemos a punto. Porque es como todo en la vida: lo que te llega del otro... vos ves otras cosas, o ves parte de eso y algo más, o algo diferente. Entonces tratamos de quedarnos, no solo lo que nos dicen, sino con lo que nosotras podemos ver. Y ahí intentamos juntas pensar algunas estrategias de trabajo”. (E6, p. 11, Pu.)

“Son cosas de la galera que vos vas generando y también tomamos ideas de otras maestras que vemos que funcionan y entonces lo explicitamos “que esto lo vimos en otra escuela que las maestras lo aplican y está bueno”. (E6, p. 11, Pu.)

“Es lo que te decía, que muchas veces el planteamiento de las maestras es “yo no me forme para esto”. Hay que empoderar a las maestras: “y acá tenes una herramienta que estamos trabajando interdisciplinariamente para trabajar con el niño. Vamos a poder pensar desde ahí. Pero hay muchas cosas que las podés hacer, que no estén los resultados que vos esperas, sí, puede ser, pero si hay mucho por hacer. Si yo parto del lugar que yo, no puedo con este seguramente no puedas”. (E6, p. 13, Pu.)

“Pero con las maestras, no con todas, cuando el niño está bajo en tratamiento psiquiátrico y el niño no revierte ciertas conductas el ojo se pone en si tomo o no tomo la medición. Empiezan a

preocuparse por eso, entonces la llevamos a que se preocupen en lo que ellas pueden hacer adentro de la clase, adentro de la escuela en realidad. “Sí está indicado el tratamiento, sí podemos trabajar en la adhesión al tratamiento. Nosotras nos podemos encargar de eso también y vos podes encargarlo a la familia, pero no te centres en eso, es una cuestión resultadista o exitista”. (E6, p. 14, Pu.)

“...los chiquilines captan, la transmisión intrapsíquica existe: de dónde se lo mira al chiquilín, cómo le hablamos, como nos acercamos, todo eso va quedando en la cabeza del chiquilín (...) Eso va tiñendo el vínculo y sin duda el autoconcepto se empieza a jugar ahí, el chiquilín empieza a quedar etiquetado y se lo empieza a creer y se empieza a portar mal” (E7, p.3, Pu.)

“Y en realidad mi perspectiva es planificar los puntos con las maestras y llevarlo adelante junto a ellas, a mí no me gusta esto que la psicóloga venga a trabajar con las emociones con ellos y queda todo resuelto. Esa idea loca que tocas y viene la magia, no. O sea, planificarlo conjunto a la maestra” (E7, p. 6, Pu.)

“...ellas ya sabían en lo que se metían cuando eligió encargarse de un grupo, y a veces tienen la fantasía o el pensamiento mágico de que le dan la pastilla y que el niño va a dejar de molestar.” (E8, p. 6, Pu.)

“Otras sí que ya te conocen y hay una afinidad personal y ya saben lo que haces y como lo haces que te dan para adelante. Pero hay otro núcleo así importante que nos ven así, como una especie de amenaza. Hay que tener cuidado dentro del ámbito docente porque podemos llegar a decirles cosas incómodas. Entonces tenemos que ver cómo nos equilibramos frente a eso, más allá de la medicalización, pero hay que intentar evitar que la conflictividad tenga tierra fértil en general.” (E8, p. 6, Pu.)

Sub-categoría 3.3: Intercambio con la Familia

“Lo que más me llama la atención a mí en esta situación es, por ejemplo, la interrupción del tratamiento por parte de las familias (...) Como que generalmente ves que van, pero después te das cuenta que cortan el tratamiento. Lo dejan: no lo llevan más al niño a atender.” (E1, p.1, Pu)

“A veces en las entrevistas se les explica a las familias “bueno, miren que esto tiene un tiempo, tiene un proceso, la medicación tiene que tener un mes mínimo para que pueda tener efecto en el organismo. Si usted tiene alguna duda, vaya y consúltelo nuevamente con el médico tratante, con el psiquiatra, y diga que es lo que le está pasando al niño para ver si la medicación tiene que cambiarla, ajustarla, cómo seguir””. (E1, p.1-2, Pu)

“Sí, ya hay movimientos de parte de la familia en el sentido que si le dicen “tiene que ir al psiquiatra”, “tiene que haber una derivación”, o “tiene que ir al psicólogo”; ya ahí hay un efecto, hay un movimiento en la familia. La primera vez, lo primero que surge (todavía pasa) es “mi hijo no está loco”. Eso sigue pasando. Lo he escuchado. Y bueno, le tenes que explicar: “no necesariamente es porque esté loco sino porque bueno, en primer lugar, hay que hacer un diagnóstico, a ver si el niño lo necesita...”” (E1, p.15, Pu)

“Cuando la familia no responde, trabajamos con las redes...” (E2, p. 2, Pu)

“En otras oportunidades, hacemos entrevistas con familias y cuando accedemos si la familia nos da la información logramos acceder un poquito más al proceso: cómo es, en que horarios lo toma y qué dosis, a ver si la familia se resiste, “no yo le fui bajando, le saqué la medicación porque vi que ...”. Entonces ahí orientamos a la familia, les decimos que es bueno consultarlo. A veces los cambios en los niños no se dan solo por la medicación, a veces la medicación no es mágica. Orientamos a la familia.” (E2, p. 2, Pu)

“De tener que, por ejemplo, niños que están siendo medicados... pero la familia... deberían ser medicados y la familia no les proporciona la medicación.” (E2, p. 4, Pu)

“Después de esto de la medicación, es poder bajar las ansiedades, tanto de la familia como de los docentes, y poder decir: “miren, de lo que sabemos de lo que hemos hablado con el terapeuta tratante o con el médico o lo que sea, bueno, esto va a llevar determinados tiempos, hay que pensar esto de determinada manera”. Es orientar, desde ahí es nuestra intervención, orientar. Creo que es lo más efectivo en este tipo de situaciones”. (E2, p. 7, Pu)

“...en la mayoría, está el mito ese de “no quiero que lo dopen a mi hijo, no quiero ver a mi hijo como un bobo, mi hijo no está loco, mi hijo no es un tarado”. Eso lo vemos muy seguido.” (E2, p.10, Pu.)

“Si igualmente con estas estrategias no funciona, nosotros le presentamos a la familia todo el proceso que hacemos dentro de la institución. Le decimos que nosotros nos encontramos con este chico que le dificultaba sostener la atención en organizarse, pautamos esta estrategia de acción y resultó esto o resultó esto otro. “Frente a todo este proceso de involucramiento de la institución, nosotros le pedimos que ustedes sigan dando pasos por fuera porque hasta aquí, como organismo educativo llegamos, ahora creemos que entra en la órbita de la salud y no educativa””. (E3, p.3, Pr)

“...se acompaña a la familia porque a veces es muy difícil para la familia, por ejemplo, manejar situaciones de tener que medicar a un hijo, eso muchas veces genera mucha angustia y uno tiene

que saber sostener y acompañar no solamente al chico sino también a la familia y trabajar en equipo es fundamental. (...) y que los padres sientan que uno está disponible para escuchar y para contener las dudas, y las marchas y las contramarchas, los enojos que les generan determinadas situaciones, estando cerca. (E3, p.4, Pr)

“...muchas veces la dificultad del chico de aceptar la medicación de base tiene que ver con la dificultad de los padres de aceptar la medicación, entonces es un trabajo como conjunto. Te vuelvo a decir, a los padres les genera mucha angustia tener que medicar a un hijo” (E3, p. 5, Pr.)

“Después en relación a la familia tenemos mucha comunicación. Ya están pautadas tres entrevistas por año con los docentes, que yo también acompaño con los niños que están en seguimiento conmigo o que ya he tenido entrevistas con los padres. Después entrevistas solo conmigo si la familia lo requiere. Agendamos o son llamados por mí para informarles la evolución del niño, o a veces es necesario hacer alguna intervención externa que sea necesaria para hacer acuerdos, cosas que hagamos en conjunto con las familias” (E4, p.4, Pr.)

“Nos ha pasado situaciones que el niño tenga indicación de tomar medicación y que la familia no se la quiere dar. (..) nosotros desde acá vemos la necesidad de la medicación cuando está indicada desde el psiquiatra, llamo y la familia se niega y este es un trabajo difícil. Porque las familias son las responsables de dar medicación, nosotros no podemos obligar ni el medico puede obligar, pero vemos que son niños que de pronto se beneficiarían. Están como pasando... sucediendo cosas y bueno, hay cosas que se sobrellevan mejor con medicación. Nosotros lo trabajamos con los padres, pero a veces se consigue vencer esas resistencias y otras veces no” (E4, p.4, Pr.)

“Hablamos la familia el porqué de la medicalización, y si la familia quiere que nos comuniquemos con los técnicos. Siempre tenemos por delante la familia...” (E4, p.7, Pr.)

“Puedo ver un nene que tiene cierta conducta, el desvío, y entonces yo tengo como hipótesis que el niño tiene un TEA. Si yo tengo entrevista con la familia y yo veo que la familia le está costando ver esas conductas en casa, no sé si lo derivo a un neuropediatra de una. Puedo pedir un segundo diagnóstico. Algo que la familia ceda un poco más fácil. Y con ese técnico externo también nos vamos comunicando y ahí entre todos vamos afinando la consulta hasta llegar a algo (...) Esto es porque uno espera la toma de conciencia de la familia, y que la familia pueda visualizar las dificultades del niño y no sea la loca de la maestra que se le ocurrió. (E5, p.3-4, Pr.)

“...y acompañar a la familia porque no se agota a esa sola consulta de diagnóstico, hay un tratamiento que acompañar, nos reunimos con los técnicos, seguimos el tratamiento.” (E5, p.3-4, Pr.)

“Sí, nos ha pasado que los padres deciden llevarlo al psicólogo o al psiquiatra. Igual nosotros nos enteramos y han sido muy pocos los casos en que los padres nos ocultan la información de la medicación, muy pocas, “para que no queden encasillados” dicen ellos. Es inevitable una continuidad de la información del niño, cuando nos reunimos tenemos todos los antecedentes, nos pasa con los ingresos y cuando lo derivamos nos hacen toda la historia del nene. Es para que no queden encasillados dicen ellos, no predeterminar a la maestra o el entorno educativo que el niño tiene tal problema, aunque a veces salta a la vista porque el día que no tome la medicación, te das cuenta enseguida. Hay padres que tienen cierta resistencia a contarlo, pero son muy pocos igual.” (E5, p.5, Pr.)

“...en los casos más graves, los chiquilines se ponen violentos y le decimos “por cada vez que se porten mal o se ponga en riesgo él, los vamos a llamar que lo vengán a buscar”. Le pegó a un compañero y es tanto, tanto. Ahí empezamos a generar visibilidad de justamente... no todo le contamos a los padres. No es necesario, pobres padres. Pero cuando los padres no lo ven trabajamos hasta que se den cuenta. Él tiene este problema, no se puede controlar, hay un psiquiatra que indicó una medicación “¿porque no probamos por esa línea para que se pueda sentir mejor?”. Es por el niño que se siente mal, expuesto, que se puede lastimar. Y después, cuando bajan se dan cuenta del descontrol que tuvieron. Se sienten muy mal los nenes después. Culpables, los padres acceden.” (E5, p. 13, Pr.)

“Es ahí nuestra intervención cuando hay un diagnóstico es encontrarnos con la familia y conversamos que, si este niño tiene determinado tratamiento, si tiene un diagnóstico de TEA hablar con la familia para que esos tratamientos puedan llevarse adelante (...) trabajamos con la familia sobre todo tratar de que entiendan el diagnóstico que entiendan el papel, a veces hay una entrevista de devolución, algunas entienden, otras no, otras la niegan, hay distintas realidades” (E6, p. 2, Pr.)

“Nosotras desde la observación en el trabajo, con nuestra modalidad de trabajo que es el taller, observamos alguna cosa a veces a partir de ese trabajo generamos entrevista la familia como para pensar un poco que le pasa a este niño. Tratamos siempre de trabajar que las pautas de crianza, cuestiones prácticas que la familia pueda aplicar para x...” (E6, p. 2, Pr.)

“El tema de la medicalización es bastante cuco yo te diría, ¿viste? Yo les pregunto a los padres acerca si tienen miedo, dudas, o algo, y a veces es como si se resisten con el tema. Lo que si se

escucha mucho es “yo se la saque porque lo veo bien” o “yo le di una más de noche porque si no se duerme”. Esas cosas se escuchan mucho. Y cuando quiero hablar y aclarar que es importante que esas decisiones de retirar o agregar medicación sean consultadas por el psiquiatra, cambian el tema. (...) No hay un trabajo en red. (E7, p. 1-2, Pu.)

“la familia, no se puede generalizar (...) se resiste, un alto porcentaje, por lo menos no quiere. Hay que explicarles y muchas veces tenía que justificarle a una familia: “Vamos a probar capaz le hace bien”. (E8, p. 4, Pu.)

“Se cita con alguna familia, se habla con algún referente: madre, padre, tía, abuela, se le dice lo que está sucediendo para que entienda lo que está pasando y bueno se llega a un acuerdo básico. Dependiendo la situación, si es una de gravedad es otra cosa, pero si son situaciones de que bueno el año pasado da problemas, este año da problemas, le pego a no sé quien, hizo no sé qué, se escapó de no sé dónde, ya empieza hacer ruido, se cita a la familia. Muchas veces lo hace la escuela antes que nosotros, y la escuela nos lo transfiere a nosotros cuando no le dan bolilla, o la familia está ausente, o la familia es potencialmente conflictiva y saben mejor ni meterse, y “vamos a llamar al equipo”, situaciones así.” (E8, p. 7, Pu.)

Categoría 4: Sentidos sobre lo farmacológico

Sub-categoría 4.1: El consumo de psicofármacos en la niñez: ¿Está aumentando?

“Igual te digo que ha bajado porque te diría que hace unos cuantos años había como que hipermedicación, y cualquier cosa era ritalina, ritalina. Eso me parece que se revisó, y tenemos unos cuantos chicos con medicación por déficit atencional, pero te diría que el porcentaje comparativamente con los últimos diez años, bajó (...) me parece que tiene que ver con una mirada más fina y más atenta del técnico que deriva. Antes, todo se ponía en la misma bolsa” (E3, p. 6, Pr.)

“No, y yo creo que también varió porque hay una mirada mucho más atenta de la sociedad, a nivel de prensa, a nivel de medios de difusión, el tema ritalina ha estado muy sobre la mesa, entonces creo que esto también es como un aviso a los técnicos, a los Psiquiatras, a los neuropediatras. Es, bueno, antes de medicar vamos a estar absolutamente seguros que éste es el camino porque tenemos una sociedad que nos está denunciando, tenemos laboratorios que también están generando esa guerra de medicación, entonces creo que eso también ha hecho afinar a la hora de diagnosticar” (E3, p. 6, Pr.)

“...son pocos los niños que tenemos medicados, dentro de esos niños la mayoría toma ritalina por trastorno de déficit atencional”. (E4, p.1, Pr.)

“Yo tengo la sensación, no sé si es porque uno va agarrando más experiencia, o porque antes todo el mundo esperaba que se medicara, todo le ponían nombre, y creo que ahora se está cambiando a dar menos mediación. Hay ciertos psiquiatras que cada vez medican menos, solo lo justo y necesario. Se está tendiendo a tratar de medicar cada vez menos. Desde mi punto de vista eh, desde lo que acompaño en mi práctica. No medicar a todos los chiquilines...” (E5, p. 10, Pr.)

“...Y los psiquiatras creo que cada vez medican menos, más allá de la industria que hay ¿no?” (E5, p. 12, Pr.)

“Porque a veces pasa esto, al que esta sobremedicalizado, yo no tengo datos acá, pero estoy convencida que está sobre medicalizada la niñez, pero a su vez, esto lo pienso en la familia, pasa por un comité de recepción y lo derivan al psiquiatra, empiezan a tomar medicación, y ahí el niño está más tranquilo. Pero hay cosas que siguen pasando, porque no cambió otras cosas, porque no hubo movimiento en la familia o en la escuela. Es como tapar el sol con un dedo. También en los contextos más críticos la medicación está funcionando como un parche de otras cosas, que en otro contexto no estaría medicado. (E6, p.6, Pu.)

“Entonces, resulta que de golpe está lleno de niños con TEA, con espectro autista, con trastorno de conducta. ¿Tantos niños serán que tienen esto? ¿No será que hay una sobremirada, una mirada excesiva sobre el deber ser del niño y de la infancia? Repito, un sistema que es anacrónico, una familia que le cuesta hacerse cargo del niño, que no es un tema socioeconómico, sino no saber lidiar con la educación del niño. Entonces hay demasiadas cosas en juego que no puedo decir ahora.” (E8, p. 13, Pu.)

Sub-categoría 4.2 Ecuánimes ante la pastilla: ni demonización, ni idealización

“Nosotros por ejemplo con los papas siempre hablamos de que, si este fármaco es necesario, es casi que regalarle salud a este chico, si no es necesario por supuesto que no vamos a estar de acuerdo y nosotros desde el colegio vamos a decirle que no están habiendo cambios a partir de la medicación. Pero cuando sí lo vemos, también somos los primeros en decir ¡qué bueno, este chico ha cambiado notoriamente su funcionamiento con el tratamiento!” (E3, p. 5, Pr.)

“A ver, primero, gravísimo error: la ritalina no es una magia que va a solucionar, simplemente va a acompañar va como organizar ciertos síntomas, pero se requiere de otros espacios en lo que es el tratamiento específico de lo que es un TDA, no solamente el fármaco” (E3, p. 10, Pr.)

“...porque no nos va a salvar la pastilla. Ni tampoco nos va a hundir en el fango. Es una terapéutica si lo usas bien, yo he visto resultado en los niños” (E8, p. 10, Pu.)

“Porque la medicación no es un mal en sí mismo, no es un cuco ni un problema que evitar, pero tampoco es lo que nos va a dar la solución definitiva, ni se entiende bien porque hay tantos niños que la necesitan. Yo creo por una serie de razones. Pero en parte por el ritmo de vida, la vinculación con lo tecnológico, con los familiares, las redes sociales, los videojuegos, el acceso a todo. Y eso tiene un impacto subjetivo no todavía delimitado...” (E8, p. 13, Pu.)

Sub-categoría 4.3: La importancia de acompañar lo farmacológico

“...al contrario, a veces todo lo contrario “habría que medicarlo”. Nosotros también insistimos en eso, que la medicación no es mágica, que es la medicación acompañada de otras cosas. Y a veces no es la medicación, a veces hacen falta otras cosas más desde la perspectiva psicológica y el apoyo familiar.” (E2, p. 11, Pu.)

“Yo creo que cuando el diagnóstico está bien hecho la medicación funciona bien, yo creo que una buena herramienta junto a otras, no diría que solo la medicación sino medicación y psicoterapia para ir tratando de sacar la medicación y tratar otras cosas.” (E4, p. 9, Pr.)

“Pero de la mano de cualquier medicación va un proceso psicoterapéutico. Sino entonces, de nada sirve medicar, ¿lo vas a medicar de por vida? El niño tiene que aprender que cuando baja la hiperactividad, o solucionamos el tema de la depresión o solucionamos el tema de la tensión, tenemos que ir trabajando temas internos para después hacerlo solo, sin la medicación.” (E5, p. 12-13, Pr.)

Sin codificar

“Otros mundos”: La escuela especial

“Lo que me sorprende es que la entrevista psiquiátrica no la tienen los chiquilines. Los chiquilines no son evaluados por el psiquiatra. Te digo que, de la totalidad con los chiquilines que trabajo que sé que están medicalizados, van los papas, algún tío algún abuelo, y ahí se ajusta la medicación. (...) me sorprende que se ajuste la medicación sin ni siquiera informe de la institución educativa, sin evaluar al niño y dialogar con el chiquilín. Eso pasa mucho. (E7, p. 1, Pu.)

“...los chiquilines que están bajo tratamiento psicológico, psicopedagógico (hay varios que van al psicomotricista) me informo por los padres. Le pregunto cómo van con el tratamiento. Le digo los cambios que hay con los chiquilines a ver si hay algo que le dijeron con los otros tratamientos que hacen, pero con psiquiatra no. He intentado acercarme y no he tenido una buena respuesta” (E7, p. 1, Pu.)

“Una de las cosas que me sorprenden a mí, es como se habla en la escuela con tanta liviandad y libertad de algunos diagnósticos que hay. Se habla de bipolaridad, de trastornos de personalidad. Mismo, ¿viste la plataforma “Gurí”? Ya nomás vichas, todo va ahí. En la plataforma “Gurí”, hubo una clase que nos llamó fuertemente la atención porque “¡8 de 9!”. Solamente había uno que no tenía trastornos de personalidad (...) Lo anota la maestra. Entonces hablo con la directora para ver si los diagnósticos eran efectivos, y si estaban recibiendo tratamientos psicológicos y psiquiátricos acerca del tema, y las maestras se van pasando la pelota: nadie sabe quién le dio clic a “trastorno de personalidad”. (E7, p. 2, Pu.)

“Entonces en la mayoría de los casos, a mí no me queda claro si existe medicalización a través de un diagnóstico, ya comprobado, ya establecido, o si esto no sé si es algo que las maestras dicen o es algo que las familias comentan (...) Cuando intento indagar acerca del diagnóstico las familias tienen desconocimiento” (E7, p. 2, Pu.)

“En realidad tengo muy pocas, yo tengo 13 horas mensuales. Más de una o 2 entrevistas por familia no pude tener en el año. No es un abordaje como a mí me parece que tendría que ser. Con el poco dialogo que he tenido con la familia.” (E7, p. 2, Pu.)

“...hay aulas especiales, además. Entonces, algunos de los chiquilines en los que estoy pensando, mientras que estoy contando esto, forman parte de esas aulas especiales, entonces tienen la misma edad que los otros chiquilines y les gustan las chiquilinas que están en las clases comunes y quieren tener amigos en las clases comunes y el vínculo no se establece.” (E7, p. 3, Pu.)

“Entrevistas con los chiquilines, sobre todo una aproximación no es diagnostica como una aproximación situacional. Mucho a través del dibujo...” (E7, p.4, Pu.)

“...porque es un encargo, un pedido de la dirección (...) Sí, por esta situación, o porque están muy violentos en la clase o están pasando por una situación de extrema vulnerabilidad social a nivel familiar, porque hay sospecha de abuso. Sí, esos tres, fueron los que más se pidió. O sea, “mirá, tenes que ver a tal, a tal, por esto y esto”. Muchos son por sospecha de abuso y porque no sabemos que más hacer en la clase. También porque muerdan porque pega y porque preocupa la situación en la casa, eso también. (E7, p.4, Pu.)

“Quizás no todos los necesitan, pero los que sí necesitan no hay mucho lugar donde derivar. (...) entonces, desde mi rol me parece un espacio mínimamente terapéutico, que me parece que no es el rol del psicólogo dentro de la educación...” (E7, p.5, Pu.)

“yo veo que los chiquilines que toman medicamentos no saben por qué lo toman, o sea, he intentado preguntar y no saben porque lo toma. No saben por qué van al médico, los padres (...) no les cuentan, los llevan. (...) He intentado preguntar alguna cosa y como no saben responder, uno de mis objetivos es poder trabajar eso. Qué hace un médico, por qué vamos al médico. (E7, p. 5, Pu.)

“Entonces, me gustaría para el tiempo que viene eso: que los chiquilines puedan saber que, si realmente existe un diagnóstico, bueno, que lo puedan manejar, en la medida que puedan, por qué toman la medicación. Porque están enojados, sin dudas. Eso: generar un espacio terapéutico donde puedan ellos mismos ir explorando que les pasa, qué sienten, por qué.” (E7, p. 5, Pu.)

“Yo lo que intente es, respecto a los diagnósticos, así, vox populi, era empezar a preguntar con más profundidad y seriamente desde donde se está hablando. Si se está hablando de un informe que se vio, se leyó, dónde está ese informe, y en la mayoría de los casos no estaba, solamente en uno. Solamente en un chiquilín diagnosticado con bipolaridad. Él solamente, los otros se fueron pasando la pelota y no sabían. Lo que sí me pareció importante de haberlo indagado era poder comentarles a las maestras que este era un tema serio, porque forma parte de la historia de vida del niño y no podemos manejar determinados elementos como el diagnóstico así abiertamente” (E7, p. 5-6, Pu.)

“...pero en tema sexualidad mucho y límites agresividad, que no se peguen, bajar la ansiedad, el nerviosismo...” (E7, p. 6, Pu.)

“...no es un tema que se hable. Soy yo la que saca el tema porque vi cosas en la ficha, porque vi cosas del trastorno del gurí (...) Sorprende mucho en el campamento, los chiquilines que toman mucha medicación. Eso sí sorprendió. “Bo, tengo una torta de medicación” me decían. “5 al mediodía y 5 de noche. ¡Mira todo lo que le tengo que dar!” (...) la maestra que estaba a cargo de la medicación me decía eso.” (E7, p. 6, Pu.)

“Era una cosa que toman 14 pastillas por día, ¿jime estas jodiendo!? Eso sí, pero en realidad no sorprende. Y tampoco se indaga, como que se pregunta a las maestras por qué y si se sabe algo, y no. Les pregunto a los padres para qué, y muchos tampoco me pueden responder. Los chiquilines ni ahí que saben. No es un tema...” (E7, p. 7, Pu.)

“las maestras lo ven con más preocupación. No solamente por la orientación sexual sino por algunas exploraciones entre varones o entre niñas y varones. Yo que sé, una chiquilina le saco fotos a los genitales de un compañero (...) incluso a la chiquilina que saco las fotos la pusieron con orden de que no le dieran una silla para sentarse como forma de castigo. Entonces tuve ahí

como una..., primero conseguir una silla, eso fue lo primero que hice. ¡Por dios, no estamos en el siglo XVIII! Y después intentar pactar estos talleres y “mira que yo estoy abierta a poder conversar, acordate que los 10 años es una edad de exploración, ya están llegando a la pre-adolescencia, hay actitudes que se empiezan a despertar, y si yo cualquier cosa te aviso y ta”.” (E7, p. 8-9, Pu.)

“Lejos de buscar etiquetar, para mí en el caso que haya diagnóstico, por lo menos que se esté investigando que puede aportar la escuela. Porque me parece que lo que tendríamos que buscar todos es que este bien el chiquilín y que la familia este lo más orientada y contenida posible. (...) porque los padres no quieren hablar o no saben, y la única información más real que tenemos es lo que ven las maestras y que muchas veces es un diferencial lo que está teñido por conceptos de ellas y lo que es realmente, y eso dificulta para mí.” (E7, p. 10, Pu.)

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de investigación: “Las prácticas psicológicas en el ámbito escolar ante el fenómeno de la medicalización de la infancia”.

Tesis de Maestría en Psicología Social

Este formulario de consentimiento informado se dirige a aquellos psicólogos que se desempeñan profesionalmente en el ámbito escolar, en escuelas públicas o privadas de la ciudad de Montevideo y zona metropolitana. El cometido del mismo es el de invitarlos a participar de la investigación con la cual se titula este documento y con las características que en los siguientes apartados se detallan.

Objetivos de la investigación:

Producir conocimiento en torno a las prácticas psicológicas desarrolladas dentro del ámbito escolar ante situaciones de niños sujetos a procesos de medicalización que involucren el consumo de psicofármacos.

Información de actividades que se pretende realizar con los participantes:

Entrevistas en profundidad

Riesgos y beneficios que puede generar el estudio para los participantes:

En caso de detectarse alguna situación de riesgo psicológico, se le asesorará sobre cómo y dónde recibir la atención psicológica que fuese necesaria y pertinente en cada caso particular.

En cuanto a los beneficios de su participación, la misma ayudará a ampliar el campo de conocimientos en relación a la temática del proceso de medicalización de las sociedades contemporáneas, y las manifestaciones que específicamente dicho proceso cobra en la infancia. En este sentido, se ampliaría la visibilidad sobre el accionar de la Psicología ante esta problemática.

Confidencialidad:

La información que se recoja a través de este proyecto de investigación se mantendrá en condiciones de extrema confidencialidad. Todo aquello que a futuro, se pueda publicar en relación a los resultados de la investigación no llevará jamás, bajo ningún concepto, el nombre de los participantes de la misma.

Derecho a negarse o retirarse:

La participación es totalmente libre y voluntaria. No hay por qué formar parte de la investigación si no se lo desea. Incluso habiendo aceptado, se puede dejar de participar en el momento que se quiera, sin que ello configure un perjuicio para el participante ni para el estudio; y sin tener la obligación de dar explicaciones por tal decisión.

Si surge alguna duda, o si se desea conocer más sobre el presente proyecto, incluso después de haber aceptado participar del mismo, se puede remitir al investigador responsable.

Investigador responsable y vías de contacto:

Lic. Psic. Pablo Chouhy Algorta

pablitochouhy@gmail.com

099 198 773

Aval

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la facultad de Psicología de la UdelaR, quien se encarga y asegura de que se protege de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre dicho comité, puede contactarlo a través de la siguiente dirección Web:

<http://www.psico.edu.uy/investigacion/comite-de-etica-en-investigacion>. O a través de la siguiente casilla de correo: comiteeticainv@psico.edu.uy

Desde ya muchas gracias por su colaboración.

Montevideo, 2017

Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación acerca de “Las prácticas psicológicas en el ámbito escolar ante el fenómeno de la medicalización de la infancia”. Se me ha notificado que mi participación en la misma será a través de mi libre participación en una entrevista en profundidad con el investigador responsable. Estoy en conocimiento que tal investigación se lleva adelante en el marco de la Maestría en Psicología Social de la Facultad de Psicología (UdelaR). He sido informado de los riesgos y beneficios de la investigación; Y se me ha proporcionado el nombre del investigador y contactos de comunicación para con el mismo.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo derecho a retirarme de la misma en cualquier momento sin tener que dar explicaciones por ello.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del consentimiento informado para el potencial participante y el mismo ha tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas que creyó pertinentes. Por lo que confirmo que el mismo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador _____

Firma del investigador _____

Fecha _____

Ha sido proporcionado al participante una copia de este Documento Informado.