



FLACSO (Argentina)

Maestría en Psicología Cognitiva y Aprendizaje

**El diagnóstico difuso del TDAH: las prácticas
diagnósticas y los efectos en la escolarización**

Maestrando: Lic. Ignacio Daniel Constantino

Director: Lic. Ricardo Baquero

Co-directora: Mgter. Ana Gracia Toscano

2022

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a todo el personal y claustro de profesores de la Maestría en Psicología Cognitiva y Aprendizaje de FLACSO y de la Universidad Autónoma de Madrid por su profesionalismo y dedicación durante los años de cursada de la maestría.

Agradezco sincera y profundamente a Ricardo y Ana por su compañía a lo largo de estos años. El proceso de escritura estuvo signado por su actitud generosa, de sumo respeto y confianza, además de los grandes aportes de sus reflexiones y pensamientos.

Agradezco al profesor Ángel Elgier por su guía en las instancias de tutoría y entrega de la tesis.

Agradezco a mi familia que siempre confió en que podía finalizar este proyecto a pesar de las cargas laborales y profesionales.

Agradezco a mi pareja, por darme su apoyo y comprensión en las puntadas finales del trabajo.

Resumen

Esta tesis presenta el estudio de los procesos de detección, diagnóstico y diseño de estrategias de inclusión escolar de 3 casos de niños diagnosticados con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) de 3 escuelas de gestión privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se identifican y describen las características y los criterios puestos en juego en cada una de las instancias, encontrado en los casos estudiados la predominancia del discurso técnico de la neuropsiquiatría, en la representación de las dificultades de los alumnos, por sobre los discursos históricamente situados de los padres y los docentes. Se analiza cómo el discurso de la neuropsiquiatría opera desde visiones reduccionistas del sujeto, limitando y condicionando sus posibilidades de aprendizaje y desarrollo de acuerdo con expectativas estandarizadas. Además, se muestra que el diagnóstico del TDAH en los casos analizados resulta difuso, constituyendo un campo de disputa entre los diferentes actores involucrados, aportándose así evidencia a que el uso de manuales con una tradición teórica categorial como el DSM puede conducir a la patologización de la vida cotidiana, el etiquetamiento y la inflación diagnóstica de algunos trastornos, repercutiendo a su vez en problemas en la escolarización. Por último, se abre la discusión en torno a concebir prácticas alternativas de diagnóstico y de construcción de apoyos para la inclusión escolar, desde una visión crítica y situacional de la psicología que cuestione el componente normativo de las prácticas pedagógicas como prácticas de gobierno del desarrollo.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), biopolítica, biomedicalización, psicología crítica, enfoques socioculturales, inclusión escolar

Índice

Resumen.....	3
Glosario Y Listado De Abreviaturas.....	7
Lista De Tablas.....	8
Introducción	9
Primera Parte: Planteo Del Problema, Diseño Y Marco Metodológico.....	11
1. Planteamiento Del Problema	11
2. Antecedentes De La Investigación.....	13
3. Descripción De Los Objetivos	16
3.a Objetivo General	16
3.b Objetivos Específicos	16
4. Consideraciones Metodológicas	16
4.a Diseño De La Investigación.....	16
4.b Población Y Muestra/Unidad De Análisis	17
4.c Técnicas De Recolección De Datos.....	18
4.d Técnicas De Procesamiento De La Información.....	22
5. Relevancia Y Viabilidad Del Estudio.....	23
5.a Relevancia.....	23
5.b Viabilidad Y Limitaciones Del Estudio.....	24
6. Aspectos Éticos.....	24
Segunda Parte: Marco Teórico Y Revisión De La Literatura	26
1. El Debate Sobre El Trastorno Por Déficit De Atención	26
1.1. La Concepción Del TDAH Desde La Neuropsiquiatría.....	27
1.1.1. <i>Historia Y Origen Del Síndrome</i>	27
a) <i>Período De 1920 A 1950. El Comienzo De La Psicofarmacología Para El TDAH.</i> 28	
b) <i>Periodo De 1960 A 1969. Del Daño Cerebral Mínimo A La Hiperactividad.....</i>	29
c) <i>Período De 1970 A 1979. El Ascenso De La Medicación.....</i>	30
d) <i>Período De 1980 A 1989. El TDA Se Convierte En TDAH.....</i>	33
e) <i>Período De 1990 A 1999. La Investigación Por Neuroimágenes</i>	36
f) <i>Período Del 2000 En Adelante</i>	38
1.1.2 <i>Síntomas Y Criterios Diagnósticos Según El DSM-V. Acuerdos Y Discrepancias.....</i>	42
1.2. La Concepción Del TDAH Desde La Biopolítica: El Carácter Difuso De Los Diagnósticos	46
1.2.1 <i>La Molecularización De Los Diagnósticos.....</i>	48
1.2.2 <i>El DSM y la dificultad de definir la locura</i>	51
1.2.3 <i>El sobrediagnóstico del TDAH Y La Biomedicalización.....</i>	58
2. Las Prácticas Escolares De Evaluación Y Diagnóstico	62
2.1. Marco Normativo De La Inclusión Y Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad.....	64
2.2 Las Prácticas Psicoeducativas	68
2.2.1 <i>El Rol Del Psicólogo Escolar.....</i>	70
2.2.2 <i>Etiquetas Y Rótulos.....</i>	73
2.3. La Práctica Diagnóstica En La Infancia.....	74

3.	El Problema De La Inclusión De Lo Diverso En El Dispositivo Escolar	5
3.1.	El Aporte De Los Enfoques Socioculturales	78
3.2	El Debate Sobre La Educabilidad.....	83
Tercera Parte: Análisis E Interpretación De Los Datos.....		85
1.	Breve Descripción De Los Casos Estudiados	85
1.1.	Caso Pedro	85
1.2	Caso Juan.....	86
1.3	Caso Carlos	87
2.	Los Procesos Institucionales De Detección, Diagnóstico Y Elaboración De Estrategias De Inclusión Escolar	89
2.1	Etapas 1: Mecanismos De Detección Y Derivación.....	92
2.2	Etapas 2: Proceso Diagnóstico.....	97
2.3	Etapas 3: Implementación De Estrategias De Inclusión Escolar.....	99
2.3.1	<i>Incorporación De Maestro/A Integrador/A.....</i>	<i>100</i>
2.3.2	<i>Terapias O Tratamientos Externos</i>	<i>103</i>
2.3.3	<i>Proyecto Pedagógico Individual (PPI)</i>	<i>105</i>
2.3.4	<i>Reducción Horaria.....</i>	<i>108</i>
2.4	Los Efectos Del Circuito En El Alumno	110
2.5	La Medicación Como Intervención	112
3.	Las Prácticas Diagnósticas.....	117
3.1.	El Proceso Diagnóstico Y Sus Instrumentos	118
3.1.1.	<i>Los Resultados Y Las Grillas De Rendimiento.....</i>	<i>121</i>
3.2.	Los Efectos De Las Etiquetas Clasificadoras.....	127
3.3.	La Variabilidad De Los Diagnósticos. Precisiones E Imprecisiones	131
3.4.	La Construcción De Prescripciones Y Pronósticos.....	136
4.	La Política De Representación	141
4.1.	Discursos Y Criterios De Docentes y Directivos	141
4.2.	Discursos Y Criterios Del EOE.....	144
4.2.1.	<i>Cuestionamiento De Los Diagnósticos Externos</i>	<i>148</i>
4.2.2.	<i>La Autoridad Y Prevalencia Del Discurso Psicológico</i>	<i>149</i>
4.3.	Discursos Y Criterios De Los Padres.....	152
4.4.	La Voz Del Niño	154
5.	La Atención En Diferentes Contextos: El DSM, La Escuela, La Casa Y El Club	156
5.1	Las Exigencias Arbitrarias Del Aula Y Las Evaluaciones Neuropsicológicas	160
5.2	Recursos Y Posibilidades Del Niño.....	166
5.2.1	<i>Cuándo Y Dónde La Atención No Es Un Problema.....</i>	<i>166</i>
5.2.2	<i>Las Atribuciones De Los Avances Y Las Mejorías.....</i>	<i>170</i>
Cuarta Parte: Conclusiones Y Perspectivas Hacia El Futuro.....		173
1.	El Predominio Del Discurso De La Neuropsiquiatría	173
2.	La Biomedicalización.....	176
3.	¿Es El TDAH Un Trastorno Mental? La Falta De Precisión De Los Diagnósticos	

	6
Categoriales	178
4. Efectos Del Circuito Diagnóstico En La Trayectoria Escolar Y Vital Del Niño	181
5. Perspectivas Hacia El Futuro.....	184
Referencias Bibliográficas	187
Anexo 1. <i>PPI 4º grado (Proyecto Pedagógico Individual) [Caso Carlos]</i>	202
Anexo 2. <i>PPI 7º grado (Proyecto Pedagógico Individual) [Caso Carlos]</i>	204
Anexo 3. <i>Folleto entregado a los padres por el neurólogo [Caso Pedro] titulado “Sugerencias para docentes de pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)”</i>	
206	

Glosario Y Listado De Abreviaturas

APA Asociación Americana de Psiquiatría

CFE Consejo Federal de Educación

CIE10 Clasificación internacional de enfermedades volumen 10

DGEGP Dirección General de Educación de Gestión Privada

DIR Director/a

DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, abreviado DSM), volumen 4

DSM-V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, abreviado DSM), volumen 5

EOE Equipo de Orientación Escolar

PPI Proyecto Pedagógico Individual

PS Psicólogo/a

PSP Psicopedagogo/a

MG Maestro/a de Grado

MI Maestro/a Integrador/a

TDA Trastorno por Déficit de Atención

TDAH Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

En este trabajo se ha procurado evitar un lenguaje que marque diferencias discriminatorias entre varones y mujeres. Sin embargo, a fin de facilitar la lectura, no se incluyen recursos como la @, la X o la E, optándose por las barras “os/as” y empleando el masculino genérico clásico en los casos en los que no haya otras alternativas.

Lista De Tablas

Tabla 1	Mecanismos de Detección y Demanda de Intervención	20
Tabla 2	Práctica Diagnóstica	21
Tabla 3	Diseño de Condiciones de Aprendizaje (Estrategias de inclusión escolar)	22
Tabla 4	Criterios diagnósticos del TDAH especificados en el DSM-V (APA, 2014)	42-43
Tabla 5	Resumen de procesos institucionales de detección, diagnóstico e implementación de estrategias de inclusión escolar	91
Tabla 6	Medicación prescrita por caso	113
Tabla 7	Seguimiento del diagnóstico a través del tiempo	128
Tabla 8	Extracto de descripciones de las dificultades según diferentes observadores [Caso Pedro]	157
Tabla 9	Extracto de descripciones de las dificultades según diferentes observadores [Caso Juan]	158
Tabla 10	Extracto de descripciones de las dificultades según diferentes observadores [Caso Carlos]	159

Introducción

La presente tesis se propone la indagación del proceso de detección, diagnóstico y diseño de estrategias de inclusión escolar de aquellos alumnos/as que son diagnosticados/as con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA O TDAH) (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014). El enfoque sobre estos procesos enfatiza hallar las características de su lugar y su funcionamiento dentro de los marcos institucionales donde ocurren, ya sea el contexto escolar, familiar o el de los consultorios de los profesionales del área psicoeducativa. Los mecanismos institucionales mencionados tienen dedicada una serie de investigaciones, tanto nacionales como internacionales, en el campo de la Psicología Educacional por su delicada relevancia (Baquero et al., 2008; Cimolai, 2005; Fler & van Oers, 2019; Harf, 1998; Rattero, 2000; Lus, 1995; McDermott, 2001; Mehan, 2001; Sautú et. al, 1999; Toscano, 2005; Valdez, 2016). En este caso, el proyecto se propone rastrear la construcción y atribución de criterios acerca de la “normalidad” y “anormalidad”¹ alrededor de los niños/as que son diagnosticados con TDAH. Los problemas que se sitúan en la base de estas prácticas están en relación con la atención e inclusión de la diversidad en el dispositivo escolar, y con la construcción de los discursos psicológicos que intentan explicar las fallas en el desempeño de los alumnos/as y realizar predicciones sobre su desarrollo y aprendizaje.

Como se verá más adelante, el TDAH ha sido motivo de controversias y debate en el campo de la psiquiatría y la psicología clínica. Han aparecido diferentes posturas críticas que cuestionan la forma en que se diagnostica, lo que termina produciendo un sobrediagnóstico en la población mundial, e incluso algunas posturas más radicales que niegan su entidad como trastorno mental. Las dificultades en definir si un niño/a cumple con los criterios para ser incluido dentro de la lógica categorial de los manuales de diagnóstico como el DSM (APA, 2002, 2014), se derraman sobre el contexto escolar, provocando diversos efectos sobre el desarrollo y el aprendizaje de los/as mismos/as.

¹ Los conceptos de *normalidad* y *anormalidad* conllevan sentidos complejos. Como señala Canguilhem (1984), todo ocurre como si lo anormal fuera más una construcción social que médica o biológica. Esto nos permite comprender que no es un problema esencialmente biológico o psicológico. Lo que está en juego en la construcción del alumno común o normal, parafraseando a Skliar (2000), es la definición social, histórica y cultural de las normas escolares. La norma, desde su valor normativo, se presenta como una técnica de juicio que transforma lo real imponiéndole una grilla de interpretación. La norma confiere un valor a un objeto en relación con algún fin implícito o explícito de ordenamiento; en nuestro caso, la economía de un dispositivo de instrucción masivo definido en la constelación gubernamental de la modernidad.

Desde una perspectiva afín a los enfoques socioculturales, resulta relevante adoptar una mirada del niño en interconexión con las prácticas sociales de las que participa, identificando allí las características e interacciones dentro de dispositivos específicos. Este acercamiento al objeto de estudio está en contraposición de cualquier enfoque reduccionista que intentaría hallar las causas de las dificultades del desarrollo o del aprendizaje en el interior del sujeto.

Primera Parte: Planteo Del Problema, Diseño Y Marco Metodológico

1. Planteamiento Del Problema

La cuestión acerca de cómo se piensan, diseñan y se ponen en práctica dispositivos de inclusión para alumnos/as diagnosticados con TDAH está estrechamente ligada al proceso de construcción de dicho diagnóstico en el marco escolar y los criterios subyacentes de los diferentes actores que intervienen en él. Dado que la hipótesis teórica de base es que el proceso de evaluación, diagnóstico y diseño de estrategias de inclusión modula la enseñanza del docente e impacta directamente en el aprendizaje y desarrollo de los alumnos/as, – en particular en este estudio aquellos diagnosticados con TDAH–, comprender sus especificidades tiene la relevancia de aportar conocimientos que permitan repensar las prácticas diagnósticas y psicoeducativas que abordan el problema de la diversidad en la escuela.

La presente tesis se propuso estudiar los procesos institucionales por los cuales un alumno/a es derivado/a al Equipo de Orientación Escolar (EOE) para su evaluación, con el objetivo de decidir si es necesario incorporarlo/a en un programa de inclusión escolar o derivarlo/a a la modalidad de Educación Especial.

Los EOE de las escuelas de gestión privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) estudiadas en esta tesis pertenecen a cada institución, siendo conformados por psicólogos/as y/o psicopedagogos/as que son contratados de manera particular. En las escuelas de gestión pública los miembros del EOE pueden pertenecer a la planta funcional del Área de Servicios Profesionales o son denominados Equipos Psicosocioeducativos en la modalidad de Educación Especial, prestando servicio a todas las modalidades y niveles y pudiendo estar conformado también por otros profesionales de la salud (Ministerio de Educación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2021). Las funciones de los EOE son definidas por el Consejo Federal de Educación (CFE), - de acuerdo al anexo II de la resolución CFE N° 226/14-, siendo que la especificidad de su tarea responde a la orientación escolar, en tanto que implica diseñar, implementar y acompañar –junto con supervisores, directivos y docentes- procesos favorables a la enseñanza y aprendizaje de todos los estudiantes (CFE, 2014). En CABA los EOE responden además a diversas resoluciones y disposiciones propias de la jurisdicción en lo que hace a las pautas y criterios de inclusión escolar de niños/as y jóvenes con o sin

discapacidad y su articulación con la modalidad de Educación Especial (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [GCBA], 2000 y 2009).

En el caso de los EOE de gestión privada, sus tareas y objetivos específicos son definidos por la dirección de cada escuela, no habiendo criterios unívocos para sus funciones más allá de las normativas federales que lo enmarcan, ya que la Dirección General de Educación de Gestión Privada (DGE GP) adscribe a las disposiciones del CFE. En el marco de la presente tesis, resulta fundamental la normativa federal que establece que las tareas de diagnóstico y de clínica, ante situaciones individuales de los estudiantes, no pueden ser llevados a cabo por los docentes, directivos o profesionales que se encuentran desempeñando su rol en el ámbito escolar (CFE, 2014). Esto implica que una vez detectada una dificultad en el proceso de aprendizaje de un alumno/a, la función del EOE será orientativa tanto hacia los docentes en sus prácticas de enseñanza como a los padres sobre las particularidades del proceso de su hijo/a en el ámbito escolar, sugiriendo en todo caso la consulta con profesionales externos para la realización de un diagnóstico. Luego de esta instancia, se produce un intercambio entre el EOE y los profesionales externos para establecer y diseñar estrategias de inclusión del niño/a que favorezcan su aprendizaje y desarrollo en la escuela. En esta última etapa del proceso deben participar también los docentes, directivos, supervisores y la familia del estudiante (CFE, 2016).

En el desarrollo del trabajo se planteó explorar particularmente la práctica diagnóstica, con el objeto de recuperar los criterios² puestos en juego a la hora de (1) definir y explicar las dificultades del niño/a, (2) seleccionar los instrumentos diagnósticos y (3) diseñar estrategias de inclusión escolar para el alumno/a (donde se incluyen prescripciones terapéuticas y/o pedagógicas), de modo tal que se pudiera poner en evidencia la diversidad de criterios aplicados en cada fase de la secuencia, el alineamiento o el desfase de interpretaciones entre los actores involucrados y las consecuencias o impacto en el diseño didáctico de actividades en clase. Se tuvieron en cuenta especialmente las instancias de recepción del diagnóstico en la escuela y el diseño de estrategias pedagógicas específicas a partir de ese momento, rastreando los supuestos que sustentaban dichas intervenciones.

²: Se comprende por *criterio* la opinión, juicio o decisión que se adopta sobre una cosa. En el caso de las prácticas de evaluación, diagnóstico y derivación tales criterios cobran relevancia porque “(...) portan formas de representarse a los alumnos, supuestos acerca de las razones que permiten explicar sus dificultades, así como efectuar pronósticos sobre sus aprendizajes” (Toscano, 2005, p.5)

Para el abordaje de estos procesos se seleccionaron aquellos casos en que los/as alumnos/as fueron diagnosticados con TDAH (APA, 2014), y a los que se les había ofertado una estrategia de inclusión escolar.

2. Antecedentes De La Investigación

Los procesos institucionales de derivación y evaluación en la escuela han sido estudiados por Mehan (2001) quien, en una investigación longitudinal, siguió paso a paso el tránsito de un alumno a través del proceso de derivación en programas de educación especial, con el objetivo de demostrar cómo las prácticas diarias de los docentes construyen un estudiante “discapacitado” (p. 266). Analizó la secuencia de instancias en dicho proceso: la derivación, la administración de tests y la toma de decisión sobre el destino escolar del estudiante. Encontró que una de las características más importantes en todo el proceso era el pasaje de los discursos de los diferentes participantes a textos contenidos en el legajo, y que la transformación que se producía en tal pasaje provocaba el divorcio de la situación social original que había disparado la consulta sobre ese alumno.

Sus principales aportes versan sobre la construcción institucional de la identidad y la “política de la representación” (Holquist, 2002). Sobre la construcción institucional de la identidad, Mehan señala que el niño se convierte en un objeto durante el proceso de decisión acerca de la colocación en programas de educación especial. Es decir, el niño pierde la participación en su propia carrera, y pasa a ser representado por un texto. En cuanto a la política de representación, la cual implica la lucha por la atribución de un sentido particular a un hecho social ambiguo, afirma que “(...) *al clasificar un alumno, esos educadores reprodujeron las relaciones de status entre los diferentes discursos que existen en la sociedad*” (Mehan, op. cit, p. 286). Es decir, en la puja por atribuir un sentido a las dificultades del niño, prevalecen los discursos institucionalmente fundamentados y basados en criterios técnicos por sobre aquellos discursos con detalles personales, situacionales e históricos. En el ámbito escolar, afirma el autor, es el discurso psicológico el que prevalece por sobre el discurso de los padres y los docentes.

Una de las conclusiones del estudio señala que las discapacidades de aprendizaje solo existen en la medida que se aplique la maquinaria institucional apropiada:

administración de tests, reuniones con los padres, reuniones para resolver la colocación, etc. (Mehan, 2001, p.284).

En la misma línea de pensamiento, pero de forma más radicalizada, McDermott (2001) afirma que las discapacidades de aprendizaje no existen, solo existen las prácticas sociales para mostrarlas, reconocerlas, documentarlas, remediarlas y explicarlas (p. 295). Dicho autor observó a un alumno durante 18 meses en cuatro ambientes distintos: vida cotidiana, club de cocina, clases en el aula y sesiones de administración de tests. Encontró que una misma carencia cognitiva puede ser interpretada de manera diferente según el contexto en el que aparece, y que en los escenarios escolares todos reconocen que el alumno/a que porta esa carencia es alguien que *“(...) no puede, que ha entendido mal, que tal vez nunca sea capaz, que siempre será el que no puede”* (p. 315). Según su estudio, las preguntas acerca de lo que los alumnos/as no pueden, encuentran respuesta con la ayuda de los tests y diagnósticos tomados por especialistas y de esta manera, –según su expresión–, las dificultades de aprendizaje adquieren una porción de niños cada año. McDermott propone una mirada alternativa a la de tomar al niño como unidad de análisis y a la discapacidad de aprendizaje como un obstáculo que le impide alcanzar las competencias, sosteniendo que la discapacidad de aprendizaje es una categoría cultural presente en las conversaciones de los adultos que precede a la entrada de los niños al sistema escolar y cada año toma una proporción de estudiantes.

Asimismo, el estudio de Lus (1995) resulta un antecedente de relevancia, en función de la evaluación que realiza del uso de categorías y sistemas analíticos provenientes del campo psicológico o psiquiátrico para el abordaje de las problemáticas escolares.

Desde otro ángulo, Toscano (2005) se propuso recuperar los diferentes criterios sobre la educabilidad de los actores educativos que participan en los procesos institucionales de derivación a Educación Especial o a programas de integración escolar. Estudió una muestra reducida de alumnos de cinco instituciones de Enseñanza General Básica (EGB) del distrito de Quilmes (Prov. De Buenos Aires), explorando los legajos y realizando entrevistas a los padres, docentes y profesionales de la escuela y de los alumnos. Encontró que los procesos institucionales tienen un peso determinante en la negociación de los criterios de educabilidad, y que los criterios de los profesionales del Equipo de Orientación (EOE) son los que logran imponerse, cristalizando al niño bajo

una representación diagnóstica categórica que no pondera la situación escolar ni las prácticas pedagógicas.

Resulta significativa también la investigación de Cimolai (2005) acerca de los procesos de evaluación escolar, en la que señala que el legajo funciona como instrumento mediador en la construcción de los problemas del alumnado. La autora analizó la totalidad de los legajos escolares almacenados a lo largo de tres años lectivos (1998-2000) en dos escuelas públicas EGB del conurbano bonaerense. Una de las afirmaciones centrales que presenta su estudio es que el legajo no es sólo una fotografía del problema del alumno/a, sino que almacena todo el proceso de identificación, diagnóstico, intervención y pronóstico de esa dificultad en el tiempo. Encontró además que aún si la etiqueta puesta denota una situación escolar específica, el problema no se sitúa en la escuela sino en el niño como portador de la dificultad, ya sea por sus capacidades cognitivas, emocionales o historia familiar. En línea con la investigación de Mehan (2001) descripta más arriba, también señala que el discurso psicológico del EOE es el que predomina por sobre las voces de los docentes, padres y la del alumno/a mismo. Cimolai afirma que este predominio de lo psicológico está dado por el uso del lenguaje técnico que descontextualiza y objetiviza al niño en variables discretas.

Asimismo, en el ámbito internacional, Fleer y Hedegaard (2010) analizaron un caso de un niño de Australia que fue diagnosticado con TDAH. Se propusieron observar el desarrollo del mismo a través de su participación en diferentes contextos institucionales. Encontraron que las potencialidades de desarrollo del niño quedaron invisibilizadas a los ojos de los docentes, dado que no podían apreciar las diferentes relaciones que establecía el niño en su hogar a diferencia de la escuela. Hallaron que la forma de prestar atención del niño en su hogar era distinta a la de la escuela, haciendo ajustes de acuerdo con sus propias posibilidades. Las autoras resaltan la importancia de poner en primer plano una comprensión del desarrollo de los niños que considere sus formas de relacionarse en los diferentes ámbitos por los que transcurre, para de esta forma apoyar una visión más amplia del desarrollo en la educación temprana.

También se toman como antecedentes algunos estudios locales que abordan los legajos de manera descriptiva y que refieren al valor de los mismos como portadores de información relevante del alumno para la toma de decisiones institucionales (Harf, 1998). Asimismo, la investigación relativa a las “fichas de seguimiento del alumno” brinda pautas para el análisis de los legajos y permite el análisis de las prácticas de observación y examen que se despliegan en el contexto escolar (Rattero, 2000).

A su vez, en el campo de la investigación de la psicología educacional diferentes investigaciones resultan de valioso soporte para el presente proyecto. Así se consideran aquellos estudios que evalúan la especificidad de la problemática educativa en la definición de sus objetos y el campo de sus problemas (Coll, 1998; Baquero, 2000, 2001, 2020).

3. Descripción De Los Objetivos

3.a Objetivo General

Indagar las prácticas de detección, diagnóstico e inclusión de alumnos/as diagnosticados con TDAH y poner en evidencia los criterios puestos en juego (a) para explicar las dificultades o déficits relevados y (b) para realizar acciones y estrategias de inclusión educativa

3.b Objetivos Específicos

- Describir el proceso de detección y demanda de intervención del Equipo de Orientación Educacional (EOE) por parte de los docentes, a fin de develar los criterios manifiestos y subyacentes, y su negociación entre los diferentes actores institucionales;
- Identificar y describir las prácticas diagnósticas por parte de los profesionales externos a la escuela, a fin de mapear los instrumentos y criterios utilizados para significar y explicar las dificultades del alumno/a.
- Describir el proceso de diseño de estrategias de inclusión a partir del diagnóstico en cada caso, analizándolo e interpretándolo en relación con los criterios de educabilidad puestos en juego desde el momento de la demanda de intervención del EOE;
- Analizar los efectos del proceso completo sobre las posibilidades de desarrollo y aprendizaje del alumno.

4. Consideraciones Metodológicas

4.a Diseño De La Investigación

El diseño planteado para la presente tesis fue el de un estudio cualitativo de casos (Denzin y Lincoln, 2012; Stake, 1998; Strauss y Corbin, 2002; Vasilachis de Gialdino, 2006; Yin, 2014). La investigación cualitativa se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto. Típicamente los enfoques cualitativos examinan la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados (Hernández Sampieri et. al, 2014).

Considerando que los diseños de los enfoques cualitativos son piezas artesanales, hechas a mano por el investigador y a la medida de las circunstancias, (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018), el presente trabajo se propuso estudiar diferentes casos de alumnos que fueron diagnosticados con TDAH, como manera de acercarse a los fenómenos que se pretendieron analizar. Según Yin (2014) un estudio de caso es una investigación empírica que indaga un fenómeno contemporáneo (el "caso") en profundidad y dentro de su contexto del mundo real, especialmente cuando los límites entre fenómeno y contexto pueden no ser claramente evidentes. Este tipo de estudio asume la importancia de la comprensión de la interrelación de las condiciones contextuales con el caso a explorar. De esta manera la investigación del estudio de caso comprende un método que lo abarca todo, cubriendo la lógica del diseño, las técnicas de recopilación de datos y los enfoques específicos para el análisis de datos.

Dado que el acceso al campo no implicó sincronía respecto al proceso diagnóstico, sino la obtención de sus resultados plasmados en informes técnicos profesionales y anotaciones en los legajos, la investigación se perfiló como una reconstrucción interpretativa en base a esa documentación y a su correlación con entrevistas a los actores, en el proceso bajo estudio.

4.b Población Y Muestra/Unidad De Análisis

Población: Alumnos de nivel primario de escuelas privadas de CABA que fueron diagnosticados con *Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad* según los criterios del DSM IV o V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002 y 2014) y/o del CIE-10 (OMS, 2001). La utilización de los dos manuales diagnósticos mencionados como criterio de selección responde a que los certificados únicos de

discapacidad (CUD) se consignan bajo las normas del CIE-10 (al momento de la toma de datos), mientras que los profesionales externos a la escuela que realizaron los diagnósticos utilizaron el DSM-V (convirtiendo luego la codificación del trastorno equivalente correspondiente al manual CIE-10).

Muestra no-probabilística: La determinación de la cantidad de casos resultó en función de la identificación de casos comprobados y pertinentes, de las posibilidades reales de acceso a las instituciones y de la capacidad operativa del investigador para recoger y analizar los datos. De acuerdo con Hernández Sampieri et. al (2014) para un estudio de casos en profundidad se sugiere un tamaño de tres a cinco casos, lo cual resultó consecuente con los criterios mencionados anteriormente y considerando que se alcanzó la saturación de categorías estudiadas en cada caso y en la comparación de casos. El muestreo fue de casos tipo, siendo que el objetivo era alcanzar la riqueza, profundidad y calidad de la información, no así la cantidad ni la estandarización.

Para el presente trabajo se seleccionaron 3 (tres) alumnos diagnosticados con TDAH (de acuerdo con los criterios mencionados anteriormente) de tres escuelas diferentes que cursan distintos niveles de la escolaridad primaria. Estas escuelas de gestión privada responden a un nivel socioeconómico medio-alto. Esto implica que las familias de los niños no presentan dificultades de vivienda, sus padres cuentan con un nivel educativo medio-alto y con trabajos estables en rubros profesionales y/o comerciales, por lo que pueden destinar recursos económicos para acceder a la educación privada.

4.c Técnicas De Recolección De Datos

El diseño de investigación se propuso utilizar las entrevistas y el estudio de los legajos como herramientas metodológicas de impronta cualitativa, típicas del estudio de casos. La entrevista se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados), en la cual a través de las preguntas y respuestas se logra la construcción conjunta de significados respecto a un tema. El tipo de entrevistas utilizada fue la semiestructurada, la cual se basa en una guía de asuntos o preguntas donde el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información (Hernández Sampieri et al, 2014). Se realizaron

entrevistas en profundidad a los actores involucrados en los procesos de detección, diagnóstico y diseño de estrategias de inclusión escolar: docente/s, padres del niño, profesional/es interviniente/s del equipo de orientación escolar y directivos.

Por otro lado, se utilizaron los legajos escolares como fuente valiosa para indagar los fenómenos descritos en el cuadro que figura más adelante. En ellos se registra de manera cronológica los diferentes pasos que van dando los alumnos en su trayectoria escolar. Una de sus principales riquezas para esta tesis fue que contenía documentos de diverso tipo (informes docentes, evaluaciones profesionales, actas de entrevistas entre el personal de la escuela y a la familia de los alumnos, entre otros) que están confeccionados por diferentes actores (docentes, directivos, familia del alumno/a, profesionales del EOE, profesionales externos a la escuela, etc.), lo cual resultó de mucha utilidad para reconstruir la multiplicidad de voces y discursos que intervinieron en los fenómenos estudiados.

La utilización de diversas fuentes de recolección de datos permitió aplicar en el procesamiento de la información la estrategia de triangulación de datos (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018). La indagación cualitativa posee una mayor riqueza, amplitud y profundidad de datos si provienen de diferentes actores del proceso, de distintas fuentes y de una mayor variedad de formas de recolección (Hernández Sampieri, et. al, 2014).

El proceso de detección, evaluación diagnóstica y diseño de estrategias de intervención sobre los alumnos consta de diferentes instancias que se cursan a lo largo del tiempo, -como puede desprenderse de los apartados previos-, por lo cual el siguiente cuadro ayuda a ordenar cómo fue el proceso de recolección de información de campo.

La primera instancia comprende los mecanismos de detección y demanda de intervención por parte de los docentes hacia los directivos o hacia el EOE. A continuación, se detallan las dimensiones evaluadas junto a sus herramientas de indagación.

Tabla 1.*Mecanismos de Detección y Demanda de Intervención*

Dimensiones/ indicadores	Estrategias/ Herramienta de indagación	Sujetos / Objetos / instancias
<i>Criterios de Derivación</i>	Análisis de Documentación	Se rastrearon los informes contenidos en el legajo escolar donde había descripciones de conducta y aprendizaje previas al diagnóstico. Además, se identificaron las descripciones del alumno en las actas de reunión con padres previas al pedido de diagnóstico.
<i>Tiempo entre la identificación de los criterios y la derivación</i>	Análisis de Documentación	Se recuperó del legajo escolar el registro de la descripción del niño que se le dio a los padres para sugerir el pedido de diagnóstico. Se verificó la primera aparición de esa descripción en los informes anteriores y se ubicó en función de los momentos de la trayectoria escolar del alumno
<i>Política de Representación (Negociación y estratificación de los lenguajes de representación)</i>	Análisis de Documentación	Se recuperó dentro del legajo escolar las actas de reunión entre los padres y la escuela donde se <u>realizaba el pedido de diagnóstico</u>
	Entrevistas en Profundidad	Se entrevistó a: Docentes del alumno, padres, miembro del Equipo de Orientación que recibió la demanda y directivo de la escuela que recibió la demanda
<i>Marco Normativo</i>	Análisis de Documentación	Disposición E-282/2017; Resolución CFE N° 311/16 (Consejo Federal de Educación, 2016)

La segunda instancia analizada es la de la evaluación diagnóstica hecha al niño por parte de los profesionales externos. Para esta instancia se utilizaron los siguientes indicadores y herramientas de indagación (Tabla 2):

Tabla 2*Práctica Diagnóstica*

Dimensiones/ indicadores	Estrategias/ Herramienta de indagación	Sujetos / Objetos / instancias
<i>Criterios Diagnósticos</i>	Análisis de Documentación	Se analizaron los informes diagnósticos (contenidos dentro de los legajos escolares) hechos por los diferentes profesionales externos que evaluaron al niño y los instrumentos diagnósticos utilizados
<i>Política de Representación (Negociación y estratificación de los lenguajes de representación)</i>	Análisis de Documentación	Se analizaron los informes diagnósticos hechos por los diferentes profesionales externos que evaluaron al niño (aquellos contenidos en los legajos escolares). Además, se estudiaron las actas de reunión de los profesionales externos con la escuela
	Entrevistas en Profundidad	Se entrevistó a los padres de los niños para que relataran sus experiencias acerca del proceso diagnóstico de su hijo. Se entrevistó a los docentes, directivos y EOE de la escuela para relevar los diversos criterios acerca del diagnóstico hecho al niño por los profesionales externos a la institución.
<i>Prescripciones terapéuticas y/o pedagógicas</i>	Análisis de Documentación	Se identificaron las prescripciones en el informe diagnóstico (contenido en el legajo escolar) <u>hechas por los profesionales externos</u>
	Entrevistas en Profundidad	Se entrevistó a los padres del niño y a los miembros de la escuela para conocer qué aspectos de las indicaciones hechas por los profesionales externos habían tomado y cómo los habían aplicado.

En esta segunda instancia se identifica como limitación del estudio no haber podido acceder a entrevistar a los profesionales externos que realizaron los diagnósticos a fin de contar con más información de campo para contrastar con aquella reflejada en el legajo. Esto se debió a las dificultades de acceder a los mismos por parte del investigador.

Por último, en el proceso de diseño de estrategias de inclusión escolar participan diferentes actores institucionales (Tabla 3). A continuación, se describe en detalle las dimensiones y las estrategias de indagación utilizadas para describir este proceso.

Tabla 3*Diseño de Condiciones de Aprendizaje (Estrategias de inclusión escolar)*

Dimensiones/ indicadores	Estrategias/ Herramienta de indagación	Sujetos / Objetos / instancias
<i>Criterios de educabilidad</i>	Análisis de Documentación	Se analizaron los informes escolares producidos luego del diagnóstico, identificando las descripciones y criterios sobre el alumno/a, su aprendizaje y rendimiento. Además, se estudiaron los documentos referidos al diseño de estrategias de inclusión (Proyecto Pedagógico Individual, Adecuaciones de adaptación o de contenido, etc.)
	Entrevistas en Profundidad	Padres del niño, docentes, directivos y EOE
<i>Política de Representación (Negociación y estratificación de los lenguajes de representación)</i>	Análisis de Documentación	Se analizaron las actas de reuniones (contenidas en el legajo) entre la escuela y los padres posteriores al diagnóstico y las actas de reuniones entre la escuela y los profesionales <u>posteriores al diagnóstico</u>
	Entrevistas en Profundidad	Padres del niño, docentes, directivos y EOE
<i>Marco Normativo</i>	Análisis de Documentación	Resolución CFE N° 311/16

4.d Técnicas De Procesamiento De La Información

Siguiendo a Hernández Sampieri y Mendoza Torres (2018) los propósitos centrales del análisis cualitativo son:

- 1) explorar los datos, 2) imponerles una estructura (organizándolos en unidades y categorías), 3) describir las experiencias de los participantes según su óptica, lenguaje y expresiones; 4) descubrir los conceptos, categorías, temas y patrones presentes en los datos, así como sus vínculos, a fin de otorgarles sentido, interpretarlos y explicarlos en función del planteamiento del problema; 5) comprender en profundidad el contexto que rodea a los datos, 6) reconstruir hechos e historias, 7) vincular los resultados con el conocimiento disponible y 8) generar una teoría fundamentada en los datos. (p. 465).

Las herramientas para el análisis e interpretación de los datos que se utilizaron fueron los que se detallan a continuación. En primer lugar, respecto al análisis del material escrito, se recurrió a estrategias de análisis documental. La estrategia de

análisis definida pondera el análisis de las dimensiones semánticas y pragmáticas del texto por sobre el análisis de su dimensión sintáctica. El análisis de contenido se concentra en el conjunto de elementos que rodean al texto y definen su horizonte de interpretación. A su vez, se propone recuperar la finalidad con que se produce el texto escrito, sus destinatarios, los criterios sobre los cuales está construido y los objetivos con los cuales posteriormente será leído, especificando bajo qué categorías y coordenadas (Navarro y Días, 1995, p. 179).

En segundo lugar, respecto al análisis del material recolectado en las entrevistas, se utilizó el Software Atlas-ti como soporte para la codificación, interpretación y análisis cualitativo de los datos. El programa permite la construcción ordenada y sistemática de codificaciones y categorizaciones a partir de un caudal importante de datos brutos (corpus textuales). Permite a su vez establecer relaciones conceptuales entre las categorías construidas (Chernobilsky, 2006). Lo cual facilita la elaboración, por parte del investigador, de categorías y tipologías que emergen de los datos empíricos recolectados (Strauss y Corbin, 2002). La utilización del software resultó auxiliar al análisis creativo y profundo realizado por el investigador (Hernández Sampieri et. al, 2014).

La estrategia de triangulación de datos mencionada en el párrafo anterior permitió buscar interconexiones e interconexiones entre los diferentes corpus de datos recolectados.

5. Relevancia Y Viabilidad Del Estudio

5.a Relevancia

Los procesos mediante los cuales los niños son derivados por la escuela para su diagnóstico por fuera de la institución escolar afectan su aprendizaje y su desarrollo. El hecho de explorar los criterios y las formas de representación del problema que tienen los docentes, padres y profesionales que intervienen en diferentes puntos del proceso y con sus propias particularidades, permite recuperar la perspectiva de educabilidad desde la que operan.

Esta investigación se propone contribuir a desnaturalizar categorías que repercuten obturando la subjetividad del niño y sus potencialidades de aprendizaje, amplificando la mirada hacia una perspectiva contextualista y situacional del

aprendizaje y el desarrollo, y así repensar las prácticas educativas en función de potenciar los recursos de los alumnos y favorecer sus propias trayectorias de desarrollo.

5.b Viabilidad Y Limitaciones Del Estudio

La viabilidad y/o factibilidad del proyecto estuvo garantizada en la medida en que por la labor profesional del autor, se tuvo acceso autorizado a instituciones escolares para realizar el estudio. Esto responde a los criterios de conveniencia y accesibilidad propios de la selección del ambiente en las investigaciones de carácter cualitativo (Hernández Sampieri et. al, 2014). Allí se pudo entrevistar al personal de la escuela, los padres de los niños y se tuvo acceso a los legajos escolares, garantizando la confidencialidad de los datos.

Las limitaciones respondieron a la imposibilidad de utilizar otras estrategias de recolección de datos contextuales, como la observación de clases en vivo o la realización de grupos focales en las que se pudieran observar las particularidades de la participación de los niños comprendidos en el estudio en las actividades escolares. La observación de clases resultó imposibilitada por cuestiones prácticas respecto a los permisos legales necesarios y a la negativa de las autoridades escolares; y por consideraciones éticas respecto al respeto de los derechos de los niño/as, su intimidad y privacidad en el ambiente escolar y la posible estigmatización en su entorno social. Por otro lado, la realización de grupos focales (por ejemplo, con la familia de los niños, o con los profesionales externos) requería de concertaciones y acuerdos que no pudieron materializarse. Los profesionales externos a la escuela (aquellos encargados de realizar la evaluación diagnóstica de los niños) no accedieron a los requerimientos amparados en la confidencialidad de los datos de sus pacientes. Algunas de estas limitaciones se vieron sorteadas con las estrategias de recolección y análisis de datos planteadas anteriormente, pudiendo reconstruir a través del legajo las voces y criterios de la gran mayoría de los actores institucionales que participaron de los diferentes procesos.

6. Aspectos Éticos

Para el acceso a información sobre los alumnos, como la que almacenan los legajos escolares, se gestionaron las autorizaciones de las diferentes instancias institucionales que comparten la responsabilidad de su guarda y se asumió por parte del

investigador el compromiso ético de confidencialidad de los datos y resguardo de la privacidad.

Para las entrevistas con los padres se solicitó su consentimiento a participar de la investigación, a la vez que se pidió también la autorización y se informó a los responsables designados por la escuela (con el debido conocimiento de los padres).

En todos los casos se procedió a documentar y obtener registro del consentimiento informado de todos los participantes que fueron entrevistados.

Segunda Parte: Marco Teórico Y Revisión De La Literatura

1. El Debate Sobre El Trastorno Por Déficit De Atención

El diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención (TDAH) es objeto de amplios debates en el campo del conocimiento psicológico y psiquiátrico. Por un lado, desde la perspectiva de la neuropsiquiatría se afirma que el TDAH es un trastorno de origen biológico, causado principalmente por causas genéticas o neurológicas (Barkley, 2017). Dentro de esta perspectiva se inscribe el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM]), el cual en su quinta edición dejó de reconocerlo como un trastorno de inicio en la infancia, adolescencia y juventud, para pasar a considerarlo un trastorno del neurodesarrollo, pudiendo ahora diagnosticarse también en la adultez (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014).

Por otro lado, las perspectivas de la biopolítica (Rose, 2012) y la biomedicalización (Clarke et al., 2010; Conrad y Bergey, 2014) sostienen que el TDAH es un trastorno sobrediagnosticado, producto de la patologización de la vida cotidiana perpetrada por las tradiciones teóricas que se expresan en instrumentos como el DSM (Frances, 2014). El concepto de biopolítica de Foucault (1986) es aplicado a la idea de que actualmente nuestros pensamientos, deseos, emociones y comportamientos se atribuyen a un órgano particular del cuerpo: el cerebro (Rose, op. cit.). La biomedicalización supone la internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los individuos mismos, no requiriendo necesariamente la intervención médica. No se trata, solamente, de definir, detectar y tratar procesos mórbidos, sino de estar alerta de potenciales riesgos e indicios que pueden derivar en una patología. Esta perspectiva señala a la industria farmacéutica como responsable de adueñarse del proceso de diagnóstico y tratamiento, siendo en el caso del TDAH la disponibilidad de sencillos métodos de diagnóstico y la extensa información en internet y otros medios puestos al servicio de padres, maestros y profesionales no especializados, los facilitadores de la difusión del trastorno mismo, el autocontrol y la vigilancia de la población (Iriart y Ríos, 2012). En conjunto a esta perspectiva pueden recuperarse también las investigaciones y teorizaciones de los enfoques socioculturales y la psicología crítica (Fleer et. al, 2020).

A continuación, se describirán los principales postulados de ambas perspectivas.

1.1. La Concepción Del TDAH Desde La Neuropsiquiatría

En este apartado se describirán principalmente los estudios realizados por Russel A. Barkley. El motivo de elección de Barkley como representante de la concepción neuropsiquiátrica del TDAH se debe a que desarrolló investigaciones clínicas tanto en niños como en adultos que resultaron en la publicación de más de 15 libros y 200 artículos científicos. Es además el editor de un periódico llamado *The ADHD Report*. Por otro lado, ha desarrollado escalas para evaluar y diagnosticar el TDAH y manuales con intervenciones estandarizadas para el contexto escolar. Barkley (2017) defiende las hipótesis de causación neurológica y genética del TDAH.

Desde las perspectivas críticas del sobrediagnóstico y la sobredifusión del TDAH, señalan a Barkley como uno de los principales investigadores norteamericanos que disemina el diagnóstico y el tratamiento enfocado desde la neuropsiquiatría hacia el resto del mundo (Conrad y Bergey, 2014).

1.1.1. Historia Y Origen Del Síndrome

Barkley (2015) indica que el crédito científico del origen del trastorno por déficit de atención es dado a George Still y Alfred Tredgold, ya que fueron quienes le dieron un enfoque clínico a los problemas de atención y el comportamiento de los niños que hoy serían diagnosticados con el trastorno. En una serie de 3 publicaciones hechas por Still en 1902, describió a los niños en su práctica clínica como teniendo serios problemas para mantener la atención, acordando con William James (1890/1950, citado por Barkley, op. cit.) en que la atención sería un elemento fundamental en el control moral de la conducta. La mayoría de los niños descritos en sus artículos eran además hiperactivos.

Still entendía que esto era efecto secundario de haber adquirido una enfermedad cerebral y señalaba que la proporción de niños era mayor que de niñas (3 a 1). El desorden aparecía antes de los 8 años. Algunos mostraban una historia significativa de daño cerebral o convulsiones, mientras que otros carecían de este historial.

La etiología se suponía que era producto de una predisposición biológica probablemente hereditaria, lo cual iba en línea con las concepciones de William James acerca de una subyacente deficiencia neurológica.

Estos autores recomendaron fuertemente la necesidad de espacios educativos especiales.

Barkley (op. cit.) afirma que se necesitaron 70 años para volver a estas nociones debido al ascenso del psicoanálisis, las teorías psicodinámicas y las miradas conductuales que dieron demasiado énfasis a la crianza de los hijos como la causa de los trastornos comportamentales de la infancia.

a) Período De 1920 A 1950. El Comienzo De La Psicofarmacología Para El TDAH.

La epidemia de encefalitis ocurrida entre los años 1917 y 1918 en los Estados Unidos de Norteamérica dejó numerosos casos de niños que habían sobrevivido a esta infección cerebral con secuelas cognitivas y comportamentales significativas. Gran cantidad de artículos científicos reportaron estas secuelas que incluían las características que hoy se incorporan al TDAH.

En esta época también se reconoció una similitud entre los niños hiperactivos y las consecuencias comportamentales de los primates con daño en el lóbulo frontal. Durante estas décadas se puso de moda considerar que los niños hospitalizados en instituciones psiquiátricas que presentaban estos síntomas habían sufrido algún tipo de daño cerebral (encefalitis o traumas prenatales o perinatales), ya que hubiera o no evidencia de esto en sus historias clínicas.

En 1947 Strauss y Lehtinen publicaron un texto clásico donde se hacían indicaciones que luego fueron tomadas por las escuelas públicas de educación especial de los Estados Unidos, acerca de cómo educar a estos niños afectados por daño cerebral. Entre ellas se incluían el ubicar a los niños en aulas más pequeñas y reguladas más cuidadosamente, reduciendo la cantidad de estímulos distractores en el ambiente.

El comienzo de la psicofarmacología para el TDAH surgió a partir de la administración de anfetaminas para calmar el dolor de cabeza que sufrían los niños luego de que se les realizaran neuromoencefalogramas³, resultando en una mejora en sus comportamientos y su rendimiento académico. Como resultado de esto en los años 70',

³ Una neuromoencefalografía (a veces abreviada como PEG) era un procedimiento médico en el cual la mayor parte del fluido cerebroespinal era drenado de la cavidad craneana y reemplazado con aire, oxígeno o helio para permitir que las imágenes de rayos X muestren una mayor definición. La neuromoencefalografía fue un procedimiento ampliamente ejecutado durante los primeros años del siglo XX, pero resultaba extremadamente doloroso; al punto que la mayor parte de los pacientes no lo toleraba. Como efectos secundarios frecuentes se presentaban migrañas y vómitos, además de que requería una larga recuperación de entre 2 y 3 meses hasta que el volumen normal de líquido fuera restablecido (Neuromoencefalografía, 2020).

las medicaciones estimulantes se fueron convirtiendo en el tratamiento por excelencia para los síntomas conductuales ahora asociados con el TDAH.

En esta época también se dio la aparición del Síndrome Hiperkinético Impulsivo (Laufer et al., 1957). Estos autores se refirieron a los niños con TDAH como teniendo un trastorno impulsivo hiperkinético, argumentando que debían tener un déficit en el Sistema Nervioso Central, ubicado en el área del tálamo.

b) Periodo De 1960 A 1969. Del Daño Cerebral Mínimo A La Hiperactividad

En esta época se produjo el declinamiento del Daño Cerebral Mínimo. Numerosas revisiones críticas cuestionaron la validez de aplicar la categoría de daño cerebral a niños que solamente tenían signos de afecciones neurológicas, no necesariamente daño. El término de Daño Cerebral Mínimo eventualmente sería reemplazado por etiquetas más específicas que se aplican a trastornos cognitivos, de aprendizaje y de comportamiento algo más homogéneos, como "dislexia", "trastornos del lenguaje", "discapacidades de aprendizaje" e "hiperactividad". Estas nuevas etiquetas se basaron en comportamientos observables y descriptivos de los niños, más que en mecanismos etiológicos subyacentes no observables del cerebro (Barkley, 2015, p. 9).

A medida que ocurría la insatisfacción con el término de Daño Cerebral Mínimo, los investigadores clínicos cambiaron su énfasis al síntoma conductual que se cree que caracteriza más el trastorno: el de la hiperactividad, surgiendo así el concepto de síndrome de hiperactividad.

El niño hiperactivo fue definido como aquel que lleva actividades a una velocidad superior a la normal que el niño promedio, o que está constantemente en movimiento, o ambas condiciones. Para Barkley estas concepciones fueron importantes ya que: enfatizaron la actividad como el elemento central del trastorno, más que las causas especulativas subyacentes neurológicas como lo hacían algunos otros científicos de la época; se destacó la necesidad de considerar evidencia objetiva de los síntomas más allá de los informes subjetivos de padres o maestros; se quitó la culpa a los padres por los problemas de los hijos; y finalmente, se separó el síndrome de hiperactividad del síndrome de daño cerebral.

Algunos autores destacaron la naturaleza relativamente benigna de los síntomas de la hiperactividad y afirmaron que la mayoría de los casos se resolvía en la pubertad.

Los tratamientos recomendados ahora consistían en un tratamiento a corto plazo con medicamentos estimulantes y psicoterapia, además de las adecuaciones en las aulas con estimulaciones mínimas recomendados en años anteriores.

c) Período De 1970 A 1979. El Ascenso De La Medicación

A principios de la década de 1970, las características definitorias de la hiperactividad o la hiperkinesia se ampliaron para incluir lo que los investigadores consideraron anteriormente como solo características asociadas, incluida la impulsividad, la poca capacidad de atención, la baja tolerancia a la frustración, la distracción y la agresividad.

Surgió la teoría de Wender del Daño Cerebral Mínimo como la naturaleza del TDAH que establecía seis grupos de síntomas: problemas en la conducta motora, en el funcionamiento atencional y perceptivo-cognitivo, en el aprendizaje, en el control de los impulsos, en las relaciones interpersonales y en las emociones.

Por otro lado, Douglas elaboró, refinó y confirmó su modelo de hiperactividad. Su modelo culminó con la opinión de que cuatro grandes déficits podrían explicar los síntomas del TDAH: (1) la inversión, organización y mantenimiento de la atención y el esfuerzo; (2) la inhibición de la respuesta impulsiva; (3) la modulación de los niveles de excitación para cumplir con las demandas situacionales; y (4) una inclinación inusualmente fuerte a buscar refuerzo inmediato. Esta perspectiva guió 15 años de investigación, incluidas las investigaciones tempranas del mismo Barkley. Sin embargo, en los próximos 10 años surgieron resultados que estaban algo en desacuerdo con esta perspectiva. Los científicos comenzaron a cuestionar seriamente la idoneidad de un modelo de atención para dar cuenta de los variados déficits de comportamiento observados en los niños con TDAH, así como los efectos de los medicamentos estimulantes en ellos.

El artículo de Douglas y la investigación posterior publicada por su equipo fueron tan influyentes que probablemente fueron las principales razones por las que el trastorno pasó a llamarse Trastorno por déficit de atención (TDA) en 1980 con la publicación de DSM III (American Psychiatric Association, 1980). En esta taxonomía oficial revisada, los déficits en la atención sostenida y el control de los impulsos se reconocieron formalmente como de mayor importancia en el diagnóstico que la hiperactividad. El cambio hacia los déficits de atención en lugar de la hiperactividad como la mayor dificultad de estos niños fue útil, al menos por un tiempo, debido a la

creciente evidencia (1) de que la hiperactividad no era específica de esta afección en particular, pero podía notarse en otros trastornos psiquiátricos (ansiedad, manía, autismo, etc.); (2) que no había una delimitación clara entre los niveles de actividad "normal" y "anormal"; (3) esa actividad era de hecho una construcción multidimensional; y (4) que los síntomas de hiperactividad eran de naturaleza bastante situacional en muchos niños (Rutter, 1989, citada por Barkley, 2015). Pero este enfoque solo corrigió el problema de definición por poco más de una década antes de que estas mismas preocupaciones también comenzaran a ser planteadas sobre la construcción de la atención (multidimensional, situacionalmente variable, etc.). Todavía algunas investigaciones mostrarían que al menos los déficits en la vigilancia o la atención sostenida podrían usarse para discriminar este trastorno de otros trastornos psiquiátricos.

Una de las características centrales de esta época fue el uso cada vez mayor de medicamentos estimulantes con niños hiperactivos en edad escolar. Esto fue producto del aumento significativo en la investigación que mostraba que los estimulantes tenían fuertes efectos en el comportamiento hiperactivo y desatento de estos niños. A su vez, comenzó a utilizarse una metodología científica mucho más rigurosa en los estudios de drogas. Según Barkley (2015), esto se debió en gran medida a los primeros estudios de C. Keith Conners (que luego trabajó con Leon Eisenberg en Universidad de Harvard), y algo más tarde a la investigación de Robert Sprague en la Universidad de Illinois, Virginia Douglas en la Universidad McGill y John Werry en Nueva Zelanda. Este cuerpo de literatura se volvió voluminoso con más de 120 estudios publicados hasta 1976 y más del doble de este número en 1995, haciendo del tratamiento del TDAH con medicación la terapia más estudiada en psiquiatría infantil.

Por otro lado, también se desarrollaron teorías que consideraban al ambiente como la etiología del trastorno. Durante esa época, en los Estados Unidos se experimentaba un interés popular por los alimentos naturales, la conciencia de la salud, la extensión de la esperanza de vida a través de manipulaciones ambientales, y la teoría psicoanalítica y el conductismo como corrientes de la psicología.

Aparecieron además otras explicaciones como, por ejemplo, la idea de que las reacciones a aditivos en las comidas o el azúcar generaban el TDA. También se propuso la noción de que el desarrollo tecnológico y un cambio cultural más rápido darían lugar a un "ritmo" social creciente, causando una creciente excitación o estimulación ambiental.

Desde las teorías o enfoques culturales que entienden al ambiente como factor etiológico, se pensó que las expectativas y los puntos de vista de la cultura determinan el umbral para las desviaciones tolerables en los niños, así como para exagerar una predisposición a la hiperactividad en algunos niños. Las culturas se podrían categorizar en consistentes o inconsistentes, siendo que las culturas consistentes tendrán menos niños diagnosticados con hiperactividad, ya que minimizan las diferencias individuales entre los niños y proporcionan expectativas y consecuencias claras y consistentes para un comportamiento que se ajusta a las normas esperadas. Por el contrario, las culturas inconsistentes tendrán más niños diagnosticados con hiperactividad, ya que maximizan o enfatizan las diferencias individuales y proporcionan expectativas y consecuencias ambiguas a los niños con respecto a la conducta apropiada.

Las teorías psicoanalíticas y conductistas señalaron la crianza como etiología del TDA. Los psicoanalistas afirmaron que los padres que carecen de tolerancia al temperamento negativo o hiperactivo en sus bebés reaccionan con un exceso de negatividad, obteniendo respuestas parentales que dan lugar a niveles clínicos de hiperactividad. Los conductistas hicieron foco en el mal condicionamiento de los niños al control de sus estímulos mediante comandos e instrucciones que darían lugar a comportamientos disconformistas e hiperactivos.

Barkley (2015) cuestiona estas posiciones de la psicología, argumentando que podría ser lo opuesto, es decir, la gravedad de la hiperactividad provocaría mayores reacciones negativas maternas, y que esta gravedad sería la que provoca la persistencia del trastorno a lo largo del tiempo. Apoyando esta interpretación de Barkley están los estudios de los efectos de los fármacos estimulantes sobre las interacciones de las madres y sus hijos hiperactivos, que muestran que el comportamiento negativo y directivo de las madres se reduce considerablemente cuando se usan medicamentos estimulantes para reducir la hiperactividad en sus hijos (Barkley, 1989b; Barkley & Cunningham, 1979; Barkley, Karlsson, Pollard, & Murphy, 1985; Danforth, Barkley, & Stokes, 1991).

Sin embargo, para Barkley la terapia de padres era ya importante en ese entonces. El entrenamiento parental en el manejo del comportamiento infantil se recomendaría cada vez más como una terapia importante por derecho propio a pesar de la escasez de estudios sobre su eficacia real en ese momento.

Otro sello distintivo de esta época fue la difusión de las escalas de calificación de padres y maestros desarrolladas por C. Keith Conners (1969).

Se produjo una adopción generalizada de estas escalas de calificación, comenzando a utilizarse métodos de evaluación cuantitativa que pueden ser probados empíricamente y se basan en determinar los patrones de desarrollo y la desviación de las normas.

Por otro lado, también se desarrollaron estudios del impacto socioecológico de las conductas de inatención o hiperactividad. Estos estudios mostraron que los niños con hiperactividad eran mucho menos conformistas y más opositores durante los intercambios entre padres e hijos que los niños que no eran hiperactivos, y que sus madres eran más directivas, exigentes y negativas que las madres de niños no hiperactivos.

En el área de la psicofisiología, esta década se caracterizó por un marcado aumento en el número de estudios de investigación sobre la hiperactividad. Se publicaron muchos estudios que medían la respuesta galvánica de la piel, la aceleración y desaceleración de la frecuencia cardíaca, varios parámetros del electroencefalograma (EEG), electropupilografía, respuestas evocadas promediadas y otros aspectos de la electrofisiología. Según Barkley (op. cit) estos estudios fueron criticados e hicieron poco para encontrar un mecanismo específico neurofisiológico que explicara la hiperactividad.

Por último, existían diferencias entre el enfoque de los Estados Unidos y el enfoque europeo del déficit de atención. Los profesionales de América del Norte continuaron reconociendo el trastorno como más frecuente, para el cual era necesario la utilización de medicación y más orientado a ser un déficit de atención, mientras que los de Europa continuaron viéndolo como poco común, definido por la hiperactividad severa y asociado con el daño cerebral.

d) Período De 1980 A 1989. El TDA Se Convierte En TDAH

Este período se caracterizó por el aumento exponencial en la investigación sobre la hiperactividad, haciendo de esta el trastorno psiquiátrico infantil más estudiado que existe. Se escribieron más libros, se convocaron conferencias y se presentaron más artículos científicos durante esta década que en cualquier otro período histórico anterior. El énfasis estaría puesto en los intentos de desarrollar criterios de diagnóstico más específicos; en profundizar la conceptualización diferencial y el diagnóstico de hiperactividad versus otros trastornos psiquiátricos; y, posteriormente, en la defensa ante los ataques críticos de que la incapacidad para mantener la atención era el déficit conductual central en el TDAH.

La publicación del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) trajo la reconceptualización radical del diagnóstico de Reacción Hiperkinética de la Infancia (como figuraba en el DSM-II) al TDA (con o sin hiperactividad). Los nuevos criterios de diagnóstico pusieron mayor énfasis en la falta de atención y la impulsividad como características definitorias del trastorno, habiéndose creado: una lista de síntomas mucho más específicas; una puntuación de corte numérica explícita para los síntomas; pautas específicas para la edad de inicio y duración de los síntomas; y el requisito de exclusión de otras afecciones psiquiátricas infantiles como mejores explicaciones de los síntomas de presentación. Esto también fue una desviación radical de los criterios de la CIE-9 establecido por la Organización Mundial de la Salud (1978) en su propia taxonomía de trastornos psiquiátricos infantiles, que continuó enfatizando la hiperactividad generalizada como un sello distintivo de este trastorno. Según Barkley, aún más controvertida fue la creación de subtipos de ADD, basados en la presencia o ausencia de hiperactividad.

Se desarrollaron criterios diagnósticos que no solo requerían las quejas habituales de los padres y/o maestros de falta de atención, impulsividad e hiperactividad, sino que también se estipuló que estos síntomas debían (1) estar por fuera de la media de la edad mental del niño, según lo medido por escalas de calificación de comportamiento infantil estandarizadas; (2) ser relativamente predominante de acuerdo a la visión de los principales cuidadores en la vida del niño (padre, hogar, docente, colegio); (3) desarrollarse a los 6 años de edad; y (4) tener una duración de al menos 12 meses (Barkley, 1982).

Posteriormente, en un esfuerzo por mejorar aún más los criterios para definir este trastorno, se revisó el DSM III-R (American Psychiatric Association, 1987), lo que resultó en el cambio de nombre del trastorno a TDAH. Las revisiones fueron significativas en varios aspectos. Primero, una lista de síntomas única y un puntaje de corte único reemplazaron las tres listas separadas (falta de atención, impulsividad e hiperactividad) y el puntaje de corte en DSM-III. En segundo lugar, la lista de ítems ahora se basaba más en dimensiones derivadas empíricamente del comportamiento del niño a partir de escalas de calificación del comportamiento, y los ítems y la puntuación de corte se sometieron a un gran ensayo de campo para determinar su sensibilidad, especificidad y poder para distinguir el TDAH de otros trastornos psiquiátricos y de la ausencia del trastorno. En tercer lugar, se subrayó la necesidad de establecer los síntomas como inapropiados para el desarrollo mental del niño. Cuarto, la coexistencia

de trastornos del estado de ánimo con TDAH ya no excluía el diagnóstico de TDAH. Y, más controvertido, el subtipo de TDA sin hiperactividad se eliminó como un subtipo y se relegó a una categoría vagamente definida, TDA indiferenciado, que necesitaba una mayor investigación sobre sus méritos. El TDAH ahora se clasificó con otros dos trastornos de conducta (Trastorno Opositor Desafiante y Trastorno de Conducta) en una familia o categoría supraordinada conocida como trastornos de conducta disruptiva, en vista de su superposición sustancial o comorbilidad en poblaciones de niños referidos a clínicas.

En esta época se da también la aparición de una teoría casi herética, para Barkley (2015), que no consideraba al TDAH como un déficit de atención, sino como un déficit en la motivación. El atractivo del modelo motivacional provino de varias fuentes diferentes: (1) su mayor valor explicativo al explicar los hallazgos de investigaciones más recientes sobre la variabilidad situacional en la atención en el TDAH; (2) su consistencia con estudios neuroanatómicos que sugerían una activación disminuida de los centros de recompensa cerebral y sus circuitos de regulación cortical-límbicos (3) su coherencia con los estudios de las funciones de las vías de dopamina en la regulación del comportamiento locomotor y el incentivo o el aprendizaje operante y (4) su mayor poder prescriptivo al sugerir posibles tratamientos para los síntomas del TDAH (Barkley, 2006, p. 25).

En cuanto al desarrollo de escalas apareció The Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1983, 1986), resultando ser más comprehensiva, más rigurosamente desarrollada y mejor normativizada que la desarrollada por Connors (1969). Sería ampliamente adoptada en la investigación sobre psicopatología infantil en general, no solo en el TDAH, para fines de esta década. También se desarrollaron otras escalas de calificación más específicas para el TDAH, como la Escala Completa de Calificación del Maestro ADD-H (ACTeRS; Ullmann et al., 1984), los Cuestionarios de Situaciones del Hogar y la Escuela (Barkley y Edelbrock, 1987; DuPaul y Barkley, 1992), el Perfil de Atención Infantil (Barkley, 1988) y la Escala de Calificación de TDAH (DuPaul, 1991).

En cuanto al desarrollo de los tratamientos, Barkley (2015) señala que la terapia cognitiva no probó ser más eficaz que la medicación estimulante. El entrenamiento para padres continuó desarrollándose. Se fundamentaba en aconsejar a los padres para que conceptualizaran al TDAH como una condición incapacitante del desarrollo; se implementaban economías de fichas en el hogar para reforzar el comportamiento; se

usaban técnicas de modelado para desarrollar juegos independientes y no disruptivos; y se capacitaba a los padres en habilidades cognitivo-conductuales para enseñar a sus hijos durante los eventos que debían manejar a diario, particularmente en la aparición de conductas disruptivas en lugares públicos.

También se continuaron desarrollando el manejo de contingencias en el aula. Aunque, según Barkley (op. cit.), estos métodos no podían producir el grado de cambio de comportamiento observado con los medicamentos estimulantes (Gittelman et al., 1980), proporcionaban una intervención socialmente más deseable que puede ser una alternativa útil cuando los niños tienen TDAH leve y no pueden tomar estimulantes o sus padres rechazan la prescripción.

Por último, en relación a los tratamientos, se investigó acerca del entrenamiento en habilidades sociales para los niños (Hinshaw et al., 1984), principalmente en el manejo de la ira. Estas terapias no dieron resultado, siendo que los niños incluso podían volverse más agresivos.

En el área de la psicofarmacología, los tratamientos con medicamentos para niños con TDAH se expandieron para incluir el uso de antidepresivos tricíclicos, particularmente para aquellos niños con características que están contraindicadas con un medicamento estimulante (p. Ej., Síndrome de Tourette u otros trastornos de tics) o para aquellos con ansiedad/depresión (Pliszka, 1987). El trabajo de Joseph Biederman y sus colegas en el Hospital General de Massachusetts (Biederman et al., 1986; Biederman et al., 1989) sobre la seguridad y la eficacia de los antidepresivos tricíclicos alentaron la adopción rápida de estos medicamentos por parte de muchos profesionales, en particular cuando los estimulantes, como el metilfenidato (Ritalin) recibían una publicidad tan negativa en los medios populares, de acuerdo a lo que explica Barkley (2015).

Finalmente, a comienzo de los años 90' surgieron organizaciones de padres como CHADD (Children and Adults with ADHD) o ADDA (Attention Deficit Disorder Association), cuyo esfuerzo y objetivo resultó en que los niños diagnosticados con TDAH pudieran ser elegidos para la educación especial, siendo el TDAH una discapacidad significativa en el rendimiento académico.

e) Período De 1990 A 1999. La Investigación Por Neuroimágenes

Esta época se destacó por el desarrollo de las neuroimágenes, la investigación genética y la publicación del DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994).

La tomografía por emisión de positrones (PET) y la Resonancia Magnética (MRI) pusieron sobre una base considerablemente más firme la opinión de que el TDAH implica de hecho deficiencias en el desarrollo del cerebro, particularmente en las regiones prefrontal-estriada, y que estas deficiencias probablemente se hayan originado en el desarrollo embriológico (Castellanos et al., 1996). Es de destacar un supuesto erróneo del que parten las investigaciones que utilizan estas técnicas, en tanto:

La identificación de la actividad cerebral pone de manifiesto qué partes del córtex están activas cuando la persona piensa, pero de ninguna manera puede mostrar que el cerebro piensa. La actividad cerebral es concomitante de la actividad personal, que involucra relaciones con los objetos o los sistemas simbólicos de naturaleza socio-histórica, así como intencionalidad por parte del sujeto (Castorina, 2016, p.30)

Al respecto, Terigi (2016) agrega que los investigadores en neurociencias saben que las imágenes cerebrales son recopilaciones estadísticas y no fotografías en tiempo real del cerebro, por lo que muchas veces se pueden exagerar los efectos reales que producen estas técnicas de activación a través de colores de las zonas del cerebro, siendo que las zonas se activan por diferentes actividades, perdiendo así especificidad en los resultados percibidos. El problema no está en las técnicas utilizadas sino en el uso que se hacen de ellas los divulgadores de la actividad científica, incurriendo en interpretaciones no del todo acertadas, que además colaboran en la producción de un efecto de realidad, con expresiones como “las nuevas tecnologías (...) permiten ver el cerebro en funcionamiento e identificar las áreas cerebrales implicadas en la realización de una tarea psicológica controlada” (Zumalabe- Makirriain, 2016: 267, citado por Terigi, 2016).

En cuanto al campo de la investigación genética, una serie de estudios, en particular los de Biederman y sus colegas, intentaron sumar evidencia de la naturaleza familiar del TDAH. Encontraron que entre el 10% y el 35% de los familiares inmediatos de niños con TDAH tenían el trastorno, y el riesgo para los hermanos de estos niños era aproximadamente del 32%. (Biederman et al., 1992). Como señalaran varios autores posteriormente, no se encontró aún ningún gen candidato que identifique al TDAH (Benasayag, 2007; Frances, 2014), encontrándose esta área de la investigación aún en desarrollo y con pocos resultados válidos en el ámbito de la neuropsiquiatría.

El DSM IV fue publicado en 1994 presentando nuevos criterios diagnósticos para el TDAH. Estos criterios contenían varias mejoras con respecto a las del DSMIII-

R. Se reintrodujeron los criterios para el diagnóstico de una forma puramente marcada por la falta de atención del TDAH, similar al TDA sin hiperactividad del DSM-III. Los criterios de diagnóstico ahora también requerían la evidencia de la omnipresencia de los síntomas en todos los entornos, así como la demostración de deterioro en un dominio principal del funcionamiento de la vida (hogar, escuela, trabajo).

Barkley (2015) señala que hubo un cambio durante la década de 1990 en el que se volvió a ver al TDAH como mucho más influenciado por factores neurológicos y genéticos que por factores sociales o ambientales. Además, hubo un cambio significativo durante esta década hacia el reconocimiento de que un déficit en la inhibición del comportamiento puede ser la característica del TDAH que lo distingue más claramente de otros trastornos mentales y del desarrollo, y que este déficit está asociado con una interrupción significativa en el desarrollo de la autorregulación típica. En contrapartida contra esta visión de los trastornos mentales, Frances (2014) señala que aunque se fueran descubriendo las causas biológicas de los trastornos, esto explicaría únicamente solo un porcentaje de los casos, ya que se trata de un enorme rompecabezas de un billón de piezas. Esto trae aparejado que los diagnósticos se basan en juicios clínicos que resultan subjetivos y falibles, además de que van cambiando con el tiempo.

Por otro lado, esta época se caracterizó por seguir indicando como tratamiento predilecto el uso de medicamentos junto con programas de tratamiento psicosocial y educativo, tal como lo fueron en la década de 1980 (Barkley, 2015). Como se verá más adelante, este tipo de propuestas de mejoramiento neuronal, -a través de los psicofármacos-, como solución reduccionista de las problemáticas presentadas, no logran darle valor a la experiencia humana, limitando su estudio y nivel de acción a los procesos neurobiológicos que gobiernan las conductas, dejando de lado las experiencias de construcción de sentido y significado de los niños/as con el ambiente (Castorina, 2016).

f) Período Del 2000 En Adelante

Este período se caracteriza por la aparición del DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), en la que se produjeron algunas modificaciones en la clasificación del trastorno con respecto al DSM-IV (ver más adelante 1.1.2). Lo que resulta quizás más novedoso de este último período es la hipótesis teórica de distinguir un nuevo trastorno de la atención conocido como “*Sluggish Cognitive Tempo*” (Tempo Cognitivo

Lento o Retardado, la traducción es mía), para el cual Barkley (2015, p. 35) sugiere el nombre de “*Concentration Deficit Disorder*” (Trastorno por déficit de concentración, la traducción es mía). Resulta interesante marcar aquí las consideraciones acerca de lo normal y lo normativo en psicología del desarrollo. Se puede observar cómo la distinción posible de un nuevo tipo de trastorno forma parte de un proceso normativo o regulador “psicológico” (Baquero, 2020), por el cual se produce un sistema de restricciones para la constitución subjetiva de los niños/as que a futuro puedan ser diagnosticados dentro de esta categoría.

Siguiendo esta línea de pensamiento se puede discutir también lo que Barkley (op. Cit.) expresa como una susceptibilidad genética que predispondría al sujeto que ha sido diagnosticado con TDAH a derivar en otros trastornos hacia el futuro: Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Oposicionista-Desafiante, Trastorno Conductual, Abuso de Sustancias y Actividad Antisocial (Newcorn et al. 2001). Frente a esta visión normativa del desarrollo de los sujetos, se contraponen los enfoques socioculturales (Valsiner y van der Veer, 1993; Chaiklin, 2003; citados en Baquero, 2016) afirmando, mediante categorías como la Zona de Desarrollo Próximo, el “carácter incierto, abierto y no predecible en detalle de los cursos de desarrollo” (p. 3).

En cuanto al tratamiento, Barkley (2015) menciona que existe controversia respecto a si el tratamiento farmacológico es superior al psicológico. Algunos profesionales expresan que lo más indicado es un tratamiento combinado (farmacológico y psicológico) en los casos donde hay comorbilidades con otros trastornos. En algunos casos la medicación sola alcanzaría como tratamiento con poca asistencia psicológica.

Específicamente en cuanto al tratamiento farmacológico, en este período se desarrollaron mejoras en los medicamentos estimulantes, creándose sistemas de entrega de liberación sostenida (Barkley, 2015). Tales sistemas de entrega permiten dosis únicas de medicamentos para controlar los síntomas del TDAH de manera efectiva durante períodos de 8 a 12 horas. Esto elimina, según Barkley, la necesidad de tener que tomar una dosis en la escuela y sus numerosos problemas asociados, entre los cuales se encuentra la estigmatización de los niños que requieren la dosis de mediodía. Por otro lado, la FDA (Administración de Medicamentos y Alimentos del gobierno de EEUU) aprobó en este período 2 nuevas medicaciones no-estimulantes para el TDAH: la atomoxetina (que es utilizada en 4 millones de personas en todo el mundo) y la guanfacina (originalmente usada en el tratamiento de la hipertensión).

Por otro lado, Barkley (op. cit.) marca como sello de esta época el desarrollo de internet. Señala que antes los Estados Unidos podrían ver el TDAH de una manera, Suecia en otra e Italia, Francia, Alemania o España, cada uno de su propia manera diferente. Según él, esos muros entre los entendimientos del TDAH por parte de diferentes países ahora se fueron derrumbando con la difusión democratizadora de Internet y la información científica, -y no científica-, que puede brindar a cualquier usuario.

Barkley (2015) afirma que se han identificado gran cantidad de genes candidatos para el trastorno, así como también nuevas regiones cromosómicas que, según su criterio, merecen una mayor investigación a través de escaneos de todo el genoma humano que involucra a miles de familias afectadas.

Un estudio reciente (Hoogman et al., 2017) tomó una muestra de 1713 participantes dónde? diagnosticados con TDAH y 1529 sujetos de control de 23 lugares distintos (principalmente Europa y EEUU, con la inclusión de Brasil como país latinoamericano) con una edad media de 14 años, obteniendo como resultado que los volúmenes del núcleo accumbens, la amígdala, el núcleo caudado, el hipocampo, el putamen y el volumen intracraneal fueron menores en individuos con TDAH en comparación con los controles en el meganálisis. El modelo exploratorio de la vida útil sugirió un retraso de la maduración y un retraso de la degeneración, ya que los tamaños del efecto fueron más altos en la mayoría de los subgrupos de niños (<15 años) versus adultos (> 21 años): en el núcleo accumbens, la amígdala, el núcleo caudado, el hipocampo, el putamen y volumen intracraneal. No hubo diferencias entre niños y adultos para el pálido o el tálamo. Las diferencias de casos y controles en adultos no fueron significativas. Los autores aclaran que el uso de medicamentos psicoestimulantes o los puntajes de los síntomas no influyeron en los resultados, ni la presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos. Su interpretación de los resultados es que:

Con el mayor conjunto de datos hasta la fecha, agregamos nuevos conocimientos sobre la reducción de la amígdala bilateral, (el núcleo) accumbens y el hipocampo en el TDAH. Extendemos la teoría del retraso de la maduración cerebral para el TDAH para incluir estructuras subcorticales y refutar los efectos de la medicación en el volumen cerebral sugeridos por metanálisis anteriores. Los análisis de vida útil sugieren que, en ausencia de estudios longitudinales

bien realizados, la muestra transversal ENIGMA⁴ a lo largo de seis décadas de edad proporciona un medio para generar hipótesis sobre las trayectorias de vida útil en los fenotipos cerebrales. (Hoogman et al., 2017)

Este estudio ha sido criticado por Corrigan y Whitaker (2017) en varios aspectos metodológicos y científicos. Principalmente, estos autores afirman que el estudio no halló que los niños diagnosticados de TDAH tuvieran volúmenes cerebrales más pequeños y que la fiabilidad de los escáneres de resonancia magnética (MRI) no es tal como allí se menciona. Además, señalan errores en la presentación de las estadísticas, falta de datos, omisiones, incumplimiento de supuestos y problemas en el diagnóstico y asignación de los sujetos a las cohortes.

Por otro lado, tanto la posición de Barkley acerca de los posibles genes hallados como candidatos, como el estudio de Hoogman et al. (2017), pueden ubicarse en lo que Castorina (2016) denomina reduccionismo explicativo, esto es, la explicación de la mente únicamente por la interacción de sus moléculas. Dice al respecto: “Básicamente, la filosofía explícita o implícita presente en la obra de diversos neurocientíficos involucra una ontología materialista, con tesis naturalistas (lo que existe son procesos fisicoquímicos, y eso es todo lo que hay)” (Castorina, 2016, p. 31).

Si a esto le sumamos la explicación de Barkley (2015, p. 54) de que, dado que el TDAH parece ser el resultado de una disfunción neurológica, se espera que los niños con el trastorno muestren síntomas y, en menor medida, deterioro, en más de un dominio de funcionamiento (por ejemplo, en la escuela y en el hogar). Es decir, dado que la causa se reduce a las neuronas, se quita todo tipo de valor a la experiencia humana, basándose en que la disfunción está ya localizada por detrás de nuestra experiencia subjetiva. Así es que se da lugar a las propuestas de mejoramiento neuronal a través de intervenciones farmacológicas. Lo que prima son los procesos neurobiológicos que gobiernan las conductas, dejando de lado la experiencia cognoscitiva y constructiva de los sujetos en sus diferentes entornos (Castorina, 2016).

⁴ El Consortium ENIGMA, con sede en la Universidad del Sureste de California (USC), reúne a investigadores en genómica de imágenes para comprender la estructura, función y enfermedad del cerebro, basándose en imágenes del cerebro y datos genéticos. El grupo de trabajo ENIGMA ADHD tiene como objetivo realizar mega y metanálisis de datos de resonancia magnética existentes de niños y adultos con TDAH y grupos de control. Hasta ahora han incluido datos de 34 cohortes y más de 4000 sujetos. Sus primeros resultados se publicaron en *Lancet Psychiatry* y muchos otros proyectos están en curso. Prestan especial atención a los efectos de la edad, el sexo y la medicación sobre la estructura cerebral en el TDAH. Además, esperan analizar los aspectos del desarrollo de la morfología cerebral alterada. (Recuperado de <http://enigma.ini.usc.edu/ongoing/enigma-adhd-working-group/>)

1.1.2 Síntomas Y Criterios Diagnósticos Según El DSM-V. Acuerdos Y

Discrepancias.

A continuación se presentarán los criterios del DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría⁵ [APA], 2014) para luego confrontarlos con perspectivas críticas acerca de su confección y utilización como manual diagnóstico de las enfermedades mentales. Para el diagnóstico del TDAH, el manual estipula que los niños diagnosticados deben cumplir 6 o más de las 9 características de cada grupo de síntomas: inatención y/o hiperactividad e impulsividad (Tabla 4).

Tabla 4

Criterios diagnósticos del TDAH especificados en el DSM-V (APA, 2014)

Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con la función o el desarrollo, caracterizado por inatención y/o hiperactividad e impulsividad:

Inatención: 6 o más de los siguientes síntomas, o al menos 5 para mayores de 16 años, con persistencia durante al menos 6 meses, inadecuados con el nivel de desarrollo y que impactan negativamente en las actividades sociales y académicas/ ocupacionales

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo
- A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- A menudo evita, le disgusta o rechaza dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido
- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades
- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- A menudo es descuidado en las actividades diarias

Hiperactividad e impulsividad: 6 o más de los siguientes síntomas, o al menos 5 para mayores de 16 años, o 5 o más para adolescentes igual o mayores de 17 años y adultos; los síntomas han persistido durante al menos 6 meses hasta un grado disruptivo e inapropiado con el nivel de desarrollo de la persona y que impactan negativamente en las actividades sociales y académicas/ocupacionales

- A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado

⁵ La Asociación Americana de Psiquiatría es, -de acuerdo con su propia visión-, una organización de psiquiatras que trabajan conjuntamente para asegurar el cuidado y el tratamiento efectivo de todas las personas que padecen enfermedades mentales, incluidos los desórdenes por el uso de sustancias (Recuperado de <https://www.psychiatry.org/about-apa/vision-mission-values-goals>)

- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo
- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor
- A menudo habla en exceso
- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- A menudo tiene dificultades para guardar turno
- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros

Además, se deben cumplir las siguientes condiciones:

- Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años de edad
- Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en casa, escuela o trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades)
- Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren o reducen la calidad de la actividad social, académica o laboral
- Los síntomas no aparecen exclusivamente motivados por esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad)

Se especificará el tipo de presentación predominantemente de desatención, de hiperactividad/impulsividad o combinada; si se encuentra en remisión parcial y si el grado de afectación actual es leve, moderado o severo

En términos generales, el DSM-V cambió la edad de inicio requerida para diagnosticar el trastorno respecto de su antecesor (el DSM-IV). En el DSM-IV se podía diagnosticar solamente antes de los 7 años, en cambio, en el DSM-V se puede diagnosticar antes de los 12 años. En segundo lugar, en el DSM-V se observa el pasaje de “subtipos” a “presentaciones clínicas”, modificación realizada con la intención de enfatizar que los casos en ciertos momentos pueden tener más de una dimensión de síntomas de una presentación que de otra, sin transmitir la noción de que son tipos distintos (Barkley, 2015, p. 54). Otras de las modificaciones añadidas en los criterios diagnósticos del DSM-V fueron el permitir el diagnóstico basado sólo en la presencia de síntomas, no requiriendo discapacidad⁶; y la posibilidad de diagnosticar el TDAH en presencia del autismo. Es decir, estas diferentes modificaciones en los criterios y las

⁶ Según Barkley (2015) se debe hacer una distinción importante entre "síntoma" y "discapacidad o deterioro". El primero se refiere a un comportamiento (p. ej., saltar de una actividad incompleta hacia otra) o a una clase de comportamientos que covarían significativamente juntos (por ejemplo, falta de atención) y se cree que representan una dimensión de un trastorno mental. La "discapacidad" o el "deterioro" son las consecuencias o resultados de los síntomas o grupos de síntomas, como la repetición de grado, el no poder graduarse de la escuela, accidentes vehiculares, suspensiones de licencias, embarazo adolescente o arrestos criminales.

formas de establecer el diagnóstico ampliaron la gama posible de sujetos que pueden entrar en dicha categoría. Como señalara Frances (2014), el cambio del DSM-IV al DSM-V trajo aparejada la posibilidad de diagnosticar millones de nuevos pacientes en todo el mundo, ya que el nuevo DSM amplió su red de diagnóstico en el contexto de una mercantilización de las enfermedades mentales favorecido por los laboratorios.

En términos más específicos, se puede observar críticamente la idea de querer normalizar la atención, como si debiera cumplir ciertos parámetros. Como refiere Terigi (2016) que solía preguntar en su primera clase como docente en formación inicial de maestros y maestras de escuela primaria: “¿Cuál es el tiempo medio de atención que podemos esperar de un niño que comienza primer grado?”. Luego continúa explicando:

La pregunta era deliberadamente ambigua (por ejemplo, no proponía que el niño tuviera la edad teórica en la que se comienza primer grado según nuestro ordenamiento legal), pero indefectiblemente mis estudiantes tenían respuestas que proponer y éstas solían ser afirmativas e inclusive normativas. De a poco lográbamos configurar una respuesta incómoda: “depende”. Depende del interés del niño por aquello a lo que debe atender, del grado hasta el cual su atención haya sido educada para fines escolares, del contexto de actividad, de su estado de alimentación y descanso, también de su desarrollo, claro... pero lo más importante que discutíamos es que en esa respuesta los educadores no debíamos omitir el proceso de producción escolar del desarrollo ontogenético de la atención”. (p. 60)

Se puede observar la apertura del constructo atención por parte de la autora, mediante la introducción de variables socioculturales que permiten pensar de forma más compleja y situacional, llegando a la idea de tener que considerarla en escenarios específicos atravesados por contextos múltiples. Aparece aquí también la idea de normativa, veamos con más detalle las consideraciones que hace el DSM acerca del futuro y el pronóstico de los niños diagnosticados con TDAH.

En líneas generales, el diagnóstico a partir del DSM predice un supuesto futuro deterioro funcional (Barkley, 2015). Desde la perspectiva neuropsiquiátrica del trastorno se realizan las siguientes predicciones y pronósticos:

De forma global, los subtipos hiperactivo/impulsivo o combinado condicionan en los adolescentes la falta de amigos, y en el adulto, además, problemas en relación con el trabajo. Estos niños tienen resultados educativos significativamente inferiores y más trastornos de conducta que sus pares de la

misma edad. Por su parte, los estudios de comorbilidad psiquiátrica en adultos con TDAH destacan una mayor prevalencia de depresión, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad y de personalidad, respecto a la población no TDAH. También se detectan tasas altas de trastorno antisocial y por abuso de sustancias, así como puntuaciones más bajas en el cociente intelectual (CI) total, vocabulario y lectura. (Vicario y Santos, 2014, p. 619)

Estas predicciones y pronósticos pueden analizarse bajo la lógica del riesgo (Rose, 1996). En este sentido, se puede pensar que la infancia se ha convertido en una instancia vital destacada para la detección de posibles trastornos, a partir de la cual se establecen prevenciones y lógicas anticipatorias del riesgo (Bianchi y Rodríguez Soya, 2019). El riesgo, en tanto técnica probabilística, clasifica eventos en forma de casos que, bajo la forma de tecnología de gobierno de la vida, promueve una forma de vigilancia sistemática para evitar sucesos no deseables, enfermedades, anomalías y/o comportamientos desviados (Bianchi, 2016).

Como señala Baquero (2001, 2016), la concepción médico-clínica o patológica-individual busca las razones del deterioro, en este caso, en la naturaleza dañada del individuo. En el caso del TDAH, el diagnóstico a través del DSM trae aparejado un futuro deficitario y patológico para el sujeto. Es decir, se establece una línea de desarrollo predefinida sobre los niños/as que son diagnosticados. En palabras de Baquero (2016):

Creo efectivamente que no pueden efectuarse pronósticos precisos sobre el desarrollo futuro sobre la base de un corte sincrónico del estado de los sujetos y contextos, precisamente porque el desarrollo futuro se produce en la diacronía de una combinatoria de situaciones, actividades intersubjetivas, trabajo intrasubjetivo, presencia de mediadores novedosos o resignificados, imposible de prever en detalle. (p.18)

Se omite en este tipo de concepción médico-clínica sobre los sujetos el carácter político y socio-histórico de la salud y la enfermedad, reduciendo esta última a cuestiones psicotécnicas sustentadas principalmente en bases neurológicas, en última instancia, físico-químicas. Como señala Yuing Alfaro (2014), -siguiendo a Canguilhem (1966)-, el diagnóstico médico define la patología solamente por el mero dato físico-químico, cuando lo anormal debería ser apreciado dentro de la relación entre el organismo humano en su totalidad y el medio con el que interactúa. Desde esta perspectiva, la normalidad se define por el juicio social de aquellas actividades o

condiciones del sujeto que se consideran sanas para esa sociedad. Es decir, la apreciación de síntomas de anormalidad es sancionada por un espectador ajeno que se posiciona bajo el estándar social. En el caso de la anomalía psíquica, su característica central es la incapacidad del enfermo de declararse como tal. La declaración de su enfermedad viene desde afuera.

La definición presentada por Canguilhem de la norma es “una exigencia impuesta a una existencia” (Canguilhem, 1966, p.188, citado por Yuing Alfaro, op. Cit.). Lo que implica que la norma es calificadora y performativa, es decir, es por su ejercicio que se crea lo anormal, por descalificación o déficit. En este sentido, se puede pensar al DSM como un código de desciframiento que sostenido por el saber y validado por la autoridad, jerarquiza y clasifica la dispersión y la heterogeneidad (Yuing Alfaro, 2013).

Estas comparaciones con la norma social establecida pueden observarse en el DSM en tanto define la ausencia o presencia de criterios refiriendo a la “inadecuación en el desarrollo” o determinadas conductas “en exceso” (Ver Tabla 4). Es decir, descansa sobre criterios normativos preestablecidos de desarrollo como referencia de las conductas de atención e hiperactividad que tendría que cumplir el sujeto para no ser catalogado en la enfermedad mental.

1.2. La Concepción Del TDAH Desde La Biopolítica: El Carácter Difuso De Los Diagnósticos

... [L]a política vital de nuestro siglo... se ocupa de nuestra capacidad, cada día mayor, de controlar, administrar, modificar, redefinir, y modular las propias capacidades vitales de los seres humanos en cuanto criaturas vivas. Es, como sugiero, una política de “la vida en sí”. (Rose, 2012)

A partir de la segunda mitad del siglo XX se han ido generando transformaciones en el gobierno y la gestión de la salud. Estas transformaciones han incrementado la idea de que es el individuo quien se debe hacer cargo de su propia salud, volviéndose un consumidor activo y responsable de los servicios y productos médicos. Este cambio en la biopolítica, sumado a los avances y la capacidad de la tecnología médica de modificar nuestros órganos, metabolismos y, principalmente,

nuestros cerebros, ha dado lugar a la molecularización de la vida humana (Rose, 2012; Benasayag, 2015, 2019).

Siguiendo la posición clásica de Rose, el ser humano es abordado como un yo biológico, más específicamente como un yo neuroquímico, lo cual lleva a que sea objeto de nuevas formas de autoridad y conocimiento especializado tendientes a gobernar sus comportamientos y querer regularlo desde una mirada neuromolecular.

Dicho autor distingue 4 mutaciones en la biopolítica contemporánea:

1. La molecularización. La biomedicina de nuestro siglo concibe a la vida en un nivel de mecanismos moleculares inteligibles, que pueden ser aislados, separados, movidos y reorganizados mediante prácticas que no responden a ningún orden natural normativizado.

2. La optimización. Las tecnologías contemporáneas de la vida ya no están limitadas por los polos de la salud y la enfermedad. Muchas de las nuevas intervenciones intentan actuar desde el presente hacia un futuro mejor posible tanto para los individuos como para la comunidad.

3. Subjetivación. Han surgido nuevas concepciones acerca del “ciudadano biológico” que implican diferentes expectativas, derechos y obligaciones en relación a la salud y la enfermedad. Esto trae aparejado una nueva “ética somática” en lo atinente a los modos de vivir desde una perspectiva corporal y somática.

4. Conocimiento somático especializado. Las nuevas formas de gobernar la conducta humana han dado origen a nuevas subprofesiones que se arrogan el dominio del conocimiento específico, a saber: genetistas, especialistas en medicina reproductiva, terapeutas especializados en células madre. A la vez que, en torno de estos expertos aparecen nuevas formas como asesores genéticos, quienes se encargan de guiar y aconsejar a las personas que se enfrentan a los dilemas presentados por las nuevas tecnologías biomédicas. Por otro lado, la bioética aparece como la ciencia que puede analizar y legitimar las diferentes prácticas y situaciones que se presentan.

5. Las economías de la vitalidad. Se ha delineado una nueva forma de economía y de capital, la bioeconomía y el biocapital. Las corporaciones farmacéuticas se han transformado apoyadas en la descomposición de la vida en sí misma. Estas partes diseccionadas de la vida toman valores discretos que son valorados y negociados a través del tiempo por diferentes empresas y en diferentes contextos (Rose, 2012, pp. 29-31).

En resumen, como indica la cita del inicio del capítulo, el avance de la biotecnología ha traído aparejada una nueva forma de biopolítica, es decir, del gobierno y la regulación del comportamiento y las prácticas de los seres humanos, que tiene como objeto la vida en sí misma, el cuerpo analizado a nivel molecular, con principal énfasis en los mecanismos neuroquímicos localizados en el cerebro.

1.2.1 La Molecularización De Los Diagnósticos

Desde hace medio siglo la concepción del yo ha ido cambiando. A comienzos del siglo XX esa concepción había sido ampliamente abierta por las teorías de Freud y Kraepelin, en torno a explicar la subjetividad en términos de deseo, sexualidad, angustia, extroversión, intraversión. La primera mitad del siglo XX se caracterizó por la profundización de la mirada sobre estas regiones del yo y la personalidad. A partir de la publicación del primer Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en 1952, este lenguaje del yo empezó a transformarse en torno a la idea de encontrar las causas biológicas subyacentes que pudieran explicar la etiología de los trastornos mentales, y así poder diferenciar “claramente” la salud de la enfermedad. Esto resultó en un aplanamiento de la subjetividad, dejando la psiquiatría de diferenciar entre trastornos orgánicos de funcionales (Rose, 2012, 2013). Veamos a continuación qué significa esto.

El término “funcional” era reservado en la psiquiatría para describir las afecciones no relacionadas con una patología orgánica o cerebral. Su uso se daba para los trastornos que implicaban funciones psicológicas. A partir de los descubrimientos psicofarmacológicos de la década del '50, y posteriormente con el desarrollo de las técnicas de neuroimágenes, se borró esta distinción entre lo funcional, como psicológico, y lo orgánico como daño fisiológico, despojándose así la psiquiatría del dualismo cartesiano (Trimble, 1996, citado en Rose, 2012).

Esto trajo aparejada la idea de que la verdad sobre los seres humanos ya no deviene de la filosofía, sino de las investigaciones que puedan probar su objetividad a través de ensayos clínicos estandarizados. La subjetividad se vuelve somática, el yo es ahora neuroquímico. Las investigaciones apuntan al cerebro, es allí donde se encontrarán las causas de los fenómenos mentales. El cerebro psiquiátrico se imagina igual que cualquier otro órgano del cuerpo, se distinguen y localizan diferentes áreas, está compuesto de sustancias neuroquímicas y establece relaciones con otros sistemas. Dice Rose (2012) al respecto:

Hay *funciones cerebrales* que a menudo fusionan estructuras celulares y eventos moleculares: sitios receptores, diferencias de potencial de las membranas, canales iónicos, vesículas sinápticas y su migración, acoplamiento y descarga, regulación de receptores, bloqueo de receptores, unión a receptores, metabolismo de monoaminas y glucosa. En algún momento también esas funciones fueron hipotéticas, objetos epistémicos tentativos; hoy, sin embargo, son entidades y procesos aceptados. (p. 375)

Es decir, las investigaciones acerca del cerebro mismo operan bajo un reduccionismo fisicalista, de esta manera, los problemas que antes se consideraban psicológicos y subjetivos, así como también morales y sociales, pasan a comprenderse como desarreglos por el mal funcionamiento del cerebro que, a su vez, es reducido a un conjunto de leyes de la física, ignorando una dimensión compleja superior de organización perteneciente al organismo y su contexto (Benasayag, 2015, 2019).

Por consiguiente, se desarrollan técnicas de investigación y drogas que actúan sobre estas “funciones cerebrales”. Tanto las técnicas como las drogas girarán en torno a los diagnósticos, que serán “modos categóricos de caracterizar trastornos o estados de ánimo, emociones, cognición y voluntad”, haciendo así posible seleccionar y diferenciar grupos de sujetos: depresivos, esquizofrénicos, personas con mal de Alzheimer, personas con trastornos de personalidad (Rose, 2012, p. 376). Para poder mantener a estos grupos de sujetos de investigación sin variaciones es necesario mantenerlos iguales, lo cual se logra a través de las categorías diagnósticas del DSM.

Todas estos dispositivos y concepciones se sustentan en tecnologías de verdad que delimitan cómo han de producirse resultados válidos en psiquiatría, a través de ensayos aleatorizados, doble ciego, experimentos con animales, combinaciones de técnicas clínicas con análisis de laboratorios, imágenes funcionales y secuenciación de ADN.

La patología mental es ahora considerada como “...la consecuencia conductual de un error o anomalía identificable y corregible, en principio, de alguno de los elementos que ahora se identifican como aspectos de ese cerebro orgánico” (Rose, 2012, p. 377). Esta concepción del trastorno mental ignora que el cerebro existe siempre en complejas y múltiples interacciones con el medio, es decir, un cerebro aislado no funciona y no puede ser estudiado ni comprendido de esa manera (Benasayag, 2015). A lo que se debe adicionar que ninguno de los descubrimientos biológicos hechos en el

campo de la neuropsiquiatría ha servido para convertirse en un test diagnóstico de las patologías mentales (Frances, 2014).

La medicina mental del siglo XIX había intentado encontrar las causas orgánicas internas de los trastornos, como por ejemplo el atlas de Esquirol del año 1838 que describía las posturas y rasgos físicos de la superficie del cuerpo correspondientes a las enfermedades mentales. A comienzos del siglo XX, a partir de la mirada de Freud y las psicoterapias afines, “el ojo cedió el paso al oído”, abriéndose un espacio moral entre el cerebro y lo considerado social de la conducta (relaciones familiares y la existencia colectiva de la sociedad inclusive), lo cual era accesible solo por vía de la interpretación (Rose, 2012, pp.380-381).

Posteriormente, explica Rose que con la llegada de las técnicas de neuroimagen (tomografía computarizada por emisión de positrones, resonancia magnética funcional, etc.) la neuropsiquiatría planteó la posibilidad de ver la mente en vivo. Esta aparente verosimilitud implicó un cambio epistemológico: ahora este cerebro vivo era posible de ser visualizado por la mirada del médico. Los estudios cerebrales comenzaron a utilizarse para visualizar el ansia de cocaína de un adicto, los cambios cerebrales en niños con ansiedad o depresión, e inclusive las tomografías por emisión de positrones podían ser utilizadas para convencer al paciente de la anomalía existente en su cerebro (pp. 385-387).

Las imágenes del cerebro en conjunto con los estudios de laboratorio que pudieran dar cuenta de los cambios a nivel químico, pusieron a las farmacéuticas y los laboratorios de investigación científica en busca de la asociación entre una patología determinada y un sistema neurotransmisor específico. Según Rose la mirada psiquiátrica dejó de ser molar, de buscar asociaciones entre el cuerpo y la mente como una totalidad sistémica, y pasó a ser molecular. Esta nueva mirada de la clasificación y el entendimiento de la enfermedad mental se corresponde a una nueva terapéutica por excelencia, la psicofarmacología. Si la concepción del yo es neuroquímica, entonces los fármacos entrañan la promesa de poder ayudarlos mediante la acción específica sobre una anomalía cerebral localizada y puntual que le permitiría restablecer y restaurar las capacidades del yo a su vida misma.

Esta concepción neuroquímica del yo puede enmarcarse dentro de un proyecto más amplio de hibridación entre el cerebro y la computadora, el cual trae aparejado la promesa de un futuro sin límites, de diferentes “maravillas” que podrían obtenerse gracias a la investigación del cerebro en sí mismo, hasta mismo tratar los estados

depresivos y moderar nuestros afectos y conciencia a voluntad a través de un electroimán. Lo que no se llega a advertir es que desde esta perspectiva se pone en juego la libertad, la cuestión de lo humano y la vida misma, en tanto que, si los actos de las personas se ven reducidos a cadenas de procesos fisiológicos, no queda más lugar para la singularidad de lo humano (Benasayag, 2015).

Desde la perspectiva molecular del yo, el cerebro es analizado con una autonomía exagerada sino escindida del mismo cuerpo como totalidad orgánica. Este reduccionismo a las leyes de la física, explica Benasayag, implica considerar al cerebro como una máquina de acción-reacción, sin historia ni singularidades, solamente como un dispositivo capaz de captar y manejar grandes cantidades de información. Se trata aquí de contraponer frente al paradigma médico-clínico de la neuropsiquiatría, una mirada en que la cultura y la biología son dos caras de la misma moneda. Como indica la propuesta de la psicología cultural, poder pensar cómo se entretrejen los procesos de desarrollo biológicos del ser humano con los procesos estudiados por los antropólogos y comprender así las funciones psicológicas superiores y complejas que surgen de estas intersecciones (Packer, 2019).

A su vez, la Psicología Crítica (Parker, 2015) también señala el reduccionismo que opera en la psicología cuando intenta defender su territorio específico de estudio como si fuera el único que importara. Así opera señalando los debates de ciencias cercanas como la sociología como si fueran erróneos o solo parciales, o utiliza únicamente a la biología como la evidencia científica que sustenta los conceptos desarrollados previamente por la psicología. La propuesta del campo de debate que promueve la Psicología Crítica trata en este punto de ver los aportes de la sociología como recursos para utilizar y a la evidencia de la biología como una vía diferente para sumar conocimiento a los desarrollos de la psicología.

1.2.2. El DSM y la dificultad de definir la locura

La fusión de la psiquiatría con la neurociencia podría terminar con el “estigma” que acarrearía en tanto no es posible localizar una causa genuina y orgánica de los trastornos mentales. De esta manera la esperanza reductiva se depositó en el hecho de que se podría terminar con las diferencias que hay tanto en las categorías como en las prácticas diagnósticas, identificando marcadores biológicos específicos, que incluso permitirían actuar a nivel presintomático (Rose y Abi-Rached, 2013, p. 110).

El problema de la definición acerca de quién está sano y quién está enfermo ha sido un debate a lo largo de la historia de la psiquiatría. En los años 60 y 70 la categoría de la locura estaba en disputa. El estudio de Rosenhan (1973/1988) en el que se preguntaba cómo se podría diferenciar la normalidad de la locura, demostraba lo difícil que resulta realizar diagnósticos psiquiátricos, siendo que todos los pseudopacientes que se presentaron en las clínicas con supuestos síntomas esquizofrénicos fueron diagnosticados como tales y dados de alta “en remisión”, es decir, sin ser revocado ni cuestionado el diagnóstico de esquizofrenia.

Estas críticas al diagnóstico psiquiátrico fueron apoyadas por la sociología del desvío, la que planteaba que los diagnósticos son el resultado de un proceso social de etiquetado, siendo que la enfermedad mental es una categoría residual donde se ubican aquellos que no cumplen con las normas sociales esperadas. Por lo tanto, la psiquiatría crea las formas de desvío que luego encuentra. Estas críticas no solo se circunscriben a la sociología, sino que algunos psiquiatras han llamado la atención sobre estas dificultades también (Rose y Abi-Rached, 2013, p. 113).

En el origen de la clasificación psiquiátrica juega un papel fundamental la creación de los asilos o manicomios. Si bien en un primer lugar su creación respondía a un proyecto de civilización, siendo el manicomio el lugar para destinar a aquellos que habían transgredido las normas de auto-conducta o auto-regulación de la sociedad, le permitió a la psiquiatría construir criterios de homogeneización de la población que representaba su objeto de estudio. Esto les permitió a los psiquiatras, ser los doctores de la locura, decidiendo quiénes debían entrar o salir del manicomio. De esta forma intentaron buscar un único esquema clasificatorio que permitiera ordenar los desórdenes mentales.

A partir del despliegue de los psiquiatras en la Segunda Guerra Mundial para atender a las tropas que sufrían problemas o traumas relacionadas con la misma, el territorio de la psiquiatría se vio ampliamente expandido. Así es que:

Toda una serie de neuropatologías menores fueron siendo diagnosticadas y tratadas por psiquiatras, y al mismo tiempo, (la) psiquiatría comenzó a argumentar que estas patologías mentales leves estaban en la raíz de problemas en muchas instituciones y prácticas sociales; así argumentaron que había un papel positivo para su experiencia en la promoción de la salud mental. (Rose y Abi-Rached, 2013, p. 117)

Es en este contexto que surge la publicación del primer Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales por la Asociación de Psiquiatría Americana en 1952. Allí se incluyeron tanto los trastornos graves, como la esquizofrenia, como todos estos otros trastornos leves, los que se distinguían como neurosis. Los trastornos mentales eran considerados como reacciones de la personalidad frente a factores psicológicos, sociológicos y biológicos. El diagnóstico requería de la interpretación del clínico, ya que los síntomas eran considerados como respuestas frente a estos acontecimientos significativos en la vida de las personas.

En 1968 saldría el DSM-II, que constaba de 168 páginas y 180 enfermedades clasificadas en 10 categorías. El objetivo en este caso era evitar términos que se refirieran a la naturaleza o las causas de los trastornos mentales. El término “reacción esquizofrénica” del DSM I fue reemplazado por “esquizofrenia” para evitar justamente estos presupuestos causales. A pesar de querer evitar controversias respecto a las causas de los trastornos, el DSM fue atacado por el movimiento de la antipsiquiatría. El debate de la inclusión o exclusión de la homosexualidad del manual marcó un giro. A partir de la séptima impresión se quitó a la homosexualidad de la lista de trastornos. Se generó una discusión interna a la psiquiatría por la falta de criterios estandarizados y la poca confiabilidad de los diagnósticos que se vio reflejada en una baja en el financiamiento del gobierno de los Estados Unidos y las compañías privadas de salud.

El DSM-III, publicado en 1980, es una respuesta a la crisis de legitimidad de la psiquiatría. Realizaba una descripción clínica general y una lista de síntomas a chequear, que se validaban con en el seguimiento en el tiempo y estudios familiares. Si bien sus autores enfatizaban la deseabilidad de contar con estudios de laboratorio, reconocían que no estaban demostrados en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. Este manual eliminó el término neurosis, acordando usarlo entre paréntesis, pero sin ninguna implicancia etiológica. El diagnóstico debe ser hecho a partir de un patrón de síntomas que no es meramente la respuesta a un evento, sino la manifestación de una disfunción en la persona. Cada trastorno debía ser diagnosticado con criterios observables, teniendo una única etiología y una prognosis (Rose, op. cit, pp. 118-122)

El DSM-III reforzó la afirmación de que los psiquiatras podrían diagnosticar como trastornos mentales condiciones que van desde una conducta problemática en niños a los problemas de los hombres para tener una erección.

Dicen Rose y Abi-Rached (2013) al respecto:

... y, de hecho, en la década de 1980 este territorio ampliado de la psiquiatría se había convertido en realidad. A riesgo de sobregeneralizar, podríamos decir que, hasta la década de 1960, hubo una razonable distinción clara, profesional, clínica, conceptual, entre lo que podría denominarse "psiquiatría de asilo", basada en los hospitales psiquiátricos y a menudo asociada con el uso de poderes obligatorios de confinamiento, y la psiquiatría de la vida cotidiana, de las neurosis, de problemas mentales menores de la infancia, de psicoterapia y psicoanálisis. Los primeros fueron el foco de la inquietud de los críticos y se asociaron con el uso de tratamientos físicos severos, drogas y electrochoque; los últimos se asociaron con curas para hablar y cada vez con el uso de tranquilizantes menores como Valium y otras benzodiazepinas. Pero para la década de 1980, en la mayoría de los países desarrollados comenzó una reconfiguración y reunificación del territorio de la psiquiatría. (p. 122)

Esta reconfiguración implicó la salida de los manicomios hacia la comunidad en general. Su foco se amplió hacia una maximización del potencial del individuo, la minimización de la angustia y la ansiedad, y la promoción de bienestar.

La publicación del DSM-IV, en 1994 marcó el estilo moderno del pensamiento de la psiquiatría. La distinción entre la psicosis y la neurosis había comenzado a volverse borrosa en los años 60, pero a partir de los años 80, la distinción misma entre enfermedad mental y fisiológica comenzó a perderse. La distinción entre rasgos de personalidad relativamente duraderos, propios de la psicología, y estados o episodios particulares de enfermedad, propios de la psiquiatría, también comenzó a no ser tan clara. La mirada neuromolecular trajo la idea de que tanto los rasgos como los estados podían ser analizados por mecanismos similares subyacentes (Rose, 2012).

El DSM-IV incluyó la idea de que los síntomas que la persona atraviesa deberían ser clínicamente significativos, es decir, generarle un malestar significativo en su área social o laboral, en orden de no generar falsos positivos. Sin embargo, según algunos autores, esto no es suficiente ya que no termina de considerar cuestiones sociales ni discriminar entre reacciones normales o anormales frente a situaciones de estrés psicosocial (Spitzer y Wakefield, 1999).

La reconfiguración que se mencionaba anteriormente de la psiquiatría se planteó en torno a una expansión que puede resultar paradójica, ya que, si bien el DSM busca delimitar los trastornos mentales, termina generándose una línea contraria en la que se trata de abarcar toda la vida cotidiana para encontrar los trastornos leves y prevenir su

desarrollo hacia la gravedad. La investigación estadística de Kessler et al. (2005) concluía que la mitad de la población de Estados Unidos cumpliría con criterios del DSM-IV en algún momento de su vida, comenzando probablemente en la niñez o adolescencia.

Uno de los principales críticos, -que ya se ha venido mencionando-, en contra de la expansión de la psiquiatría hacia todos los eventos de la vida cotidiana es Allen Frances, quien fuera presidente del grupo de trabajo del DSM-IV. Frances (2010, 2014) apunta específicamente al DSM-IV como el responsable de la inflación diagnóstica y falsa epidemia del autismo y el déficit de atención a partir de su publicación. Además, alertaba acerca de la idea de que el DSM V pudiera exacerbar estos problemas si definían criterios capaces de identificar condiciones prodrómicas y subliminales de los desórdenes mentales. Ha expresado además la dificultad que existe para diferenciar quién es considerado normal y quién no, lo cual trae serias dificultades a la hora de incluir o quitar un determinado trastorno del manual.

La epidemia de algunos diagnósticos se debería entonces a la falta de discriminación de los criterios del DSM entre reacciones normales frente a eventos estresantes, y patologías severas que sí requieren de atención médica (Horwitz y Wakefield, 2007), sostenido en el marco conceptual descontextualizado que se utiliza en las investigaciones (Rose y Abi-Rached, 2013, p. 130).

Existen además otros elementos que atentan contra la fusión de la psiquiatría con la neuroquímica, como ser el uso que se hizo de los originalmente y específicos antidresivos IRSS (inhibidores selectivos de recaptación de serotonina) en otros trastornos, como la ansiedad, el estado de ánimo y trastornos de la alimentación. Los antipsicóticos atípicos recibieron una extensión en su uso en el trastorno bipolar y la depresión mayor. Más preocupante aún fue que los estudios genéticos concluyeron que no existe un gen único que se pueda correlacionar con los trastornos mentales, sino que más posiblemente sean factores poligenéticos en interacción con factores epigenéticos los que estén en su causa (Regier et al., 2009). Según Frances (2014), el optimismo de los psiquiatras biológicos por encontrar estos genes se fue desvaneciendo en la medida que los resultados de las investigaciones fueron fracasando, no pudiendo comprobar que los trastornos mentales cuentan con una causa fisiológica única.

Los motivos por los que la neuropsiquiatría no ha podido establecerse como la medicina desde parámetros objetivos que le permitan clasificar los trastornos mentales son en parte debidos a que la visión neuromolecular parece incapaz de trazar el puente

entre el problema o los síntomas y las anomalías que lo sustentan. Esto se puede explicar porque los fenómenos que aborda no implican un sujeto que sea analizable en el laboratorio. A su vez:

... los diagnósticos psiquiátricos, por mucho que parezcan estabilizados por las transacciones circulares entre los manuales de diagnóstico y la capacitación de la mirada clínica del psiquiatra, parecen tener una especie de borrosidad irreductible, por lo que la selección de casos y controles sobre la base de fenotipos no puede enmarcar los estudios de manera que sea capaz de generar resultados claros (Rose y Abi-Rached, 2013, p. 139)

Estas dificultades no son nuevas para los científicos sociales, quienes han argumentado durante décadas que los sistemas de creencias socioculturales juegan un papel crucial en la configuración no solo del reconocimiento de la inquietud por parte de otros, sino también su amoldamiento en síntomas fenotípicos. En una línea similar, desde la Psicología Crítica se propone considerar que la actividad humana implica una comprensión y participación en la sociedad y la cultura en general, entiendo a la cultura como formada a través de una historia de colonialismo y resistencia (Parker, 2015).

Por lo tanto, se podría afirmar que la neurobiología no va a resolver el dilema de los diagnósticos psiquiátricos (Rose, 2012). Primero, porque la localización en una categoría diagnóstica no nos dice nada acerca de la severidad, el impacto en la familia o el nivel de malestar generado. Además, los diagnósticos tienen un valor de predicción bajo porque no toman en cuenta la variedad de factores sociales, ambientales u otras variables que están en juego en la vida de cada persona. Como afirman Rose y Abi-Rached: “En la raíz, el proyecto neurobiológico en psiquiatría encuentra su límite en un único y repetido factor: los desórdenes mentales son problemas de personas, no de cerebros” (p. 140). Los trastornos mentales no son problemas del cerebro en los laboratorios, sino de los seres humanos en el tiempo, el espacio, la cultura y la historia. Esta perspectiva de la biología molecular opera desde la dislocación de las partes y los mecanismos en un sentido *bottom-up* (construcción de abajo hacia arriba, de las partes simples hacia lo complejo), sin tener en cuenta la visión orgánica de los fenómenos humanos. Esta dislocación opera en conjunto con una descontextualización mediada por la digitalización, es decir, por la reducción de los fenómenos humanos a unidades de información que pueden existir fuera de todo límite y situación concreta (Benasayag, 2019).

El pasaje del DSM-IV al DSM-V, trajo aparejada hacia el interior de la neuropsiquiatría la discusión acerca de si la psicopatología debía ser entendida mediante diagnósticos categoriales o como rasgos dimensionales. Desde este punto de vista, el TDAH constituye el extremo de una dimensión, o dimensiones, de comportamiento que cae a lo largo de un continuo en conjunto con el comportamiento de los niños típicos. La visión dimensional considera al TDAH no necesariamente como una entidad patológica, sino como una cuestión de grado en comparación con los niños clasificados como típicos. Muchos de los elementos descritos en el DSM que constituyen el conjunto de síntomas del TDAH se derivaron de escalas de calificación de comportamiento que miden problemas de atención e hiperactividad (Barkley 2015, p. 62).

Se observa aquí como la construcción del DSM, sea desde la visión de la psicopatología dimensional o categorial, se fundamenta en el armado de continuos que van desde lo patología hacia la salud. Al diagnóstico realizarse mediante la presencia o ausencia de un determinado síntoma o criterio, o por su grado de ubicación en un continuo, responden a la hipótesis del déficit. De esta manera, aparece lo performativo del DSM en tanto etiqueta al concebir lo diverso desde un eje de normalidad/anormalidad (Baquero, 2020).

Desde este mismo carácter performativo, -correspondiente a una tradición teórica de la neuropsiquiatría-, se promueve el uso de escalas de clasificación para auxiliar el diagnóstico. En Estados Unidos están disponibles las normas nacionales para las versiones para padres y maestros de estos instrumentos (DuPaul et al., 1997; DuPaul et al., 1998), y para adultos (Conners et al., 2000). Según sus autores, el uso de tales escalas proporciona un medio para establecer la desviación en relación con la pertenencia de un individuo a la edad y al género, dado que las normas son proporcionadas por separado para hombres y mujeres por grupos de edad (Barkley, 2015). En España (Mascaraque y Cohen, 2020), por ejemplo, también se promueve el uso de *ADHD Rating Scale-IV* (DuPaul et al., 1998) y del EDAH (Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Farré y Narbona, 2003). El uso de escalas y tests de medición conlleva el problema de la definición de los puntos de corte, es decir, quién y cómo se decide donde se establece la diferencia entre la normalidad y la anormalidad. Esta definición en el ámbito de los trastornos mentales es totalmente arbitraria (Frances, 2014).

La promoción de criterios diagnósticos dentro de un eje normalidad/anormalidad, en conjunto con escalas de medición de los comportamientos de acuerdo a estos ejes, pueden pensarse dentro del proceso de normalización señalado por Canguilhem (1966, citado por Tuillang, 2014). El poder normativo trata de que lo anormal sea normalizado y además sea la expresión y la difusión de la norma misma, vale decir, que en lo normado se verifique la regularidad de la norma. Más específicamente, Foucault plantea grados de normalización que no aniquilan, sino que vuelven útiles las diferencias en torno a la norma, dibujando un mapa disciplinario y una regulación biopolítica, es decir, la organización de lo diverso, lo inverso y lo adverso en torno al uni-verso impalpable de la norma.

1.2.3 El sobrediagnóstico del TDAH Y La Biomedicalización

Una de las anomalías o fallas posibles de detectar en la infancia según la neuropsiquiatría es el TDAH. En la década de 1990 al 2000 su diagnóstico y la prescripción de ritalina en Estados Unidos se multiplicó 8 veces. En un período similar en Escocia se llegó a estimar que cerca del 5% de los niños padecían este trastorno mental, incrementándose también notablemente la prescripción de la medicación a niños de entre 6 y 14 años (Rose, 2012, p. 408). Las perspectivas críticas acerca de la sobredifusión del diagnóstico señalan la expansión del diagnóstico y la medicalización del TDAH hacia varios países en el mundo (Conrad y Bergey, 2014), siendo que antes de la década de los 90', EEUU consumía cerca del 90% del metilfenidato producido, y en la medida que otros países fueron adoptando este tratamiento el porcentaje de consumo en EEUU cayó a 75% en 2010 (Hinshaw y Scheffler, 2014).

La teoría de la medicalización sostiene que la jurisdicción legítima de la medicina occidental o científica comenzó a expandirse al incluir nuevos dominios de la vida humana (como el alcoholismo, la drogadicción y la obesidad) redefiniéndolos dentro de dominios médicos (en lugar de legales, religiosos, etc.). Las prácticas convencionales de medicalización generalmente enfatizan el control sobre fenómenos médicos (enfermedades, lesiones, mal funcionamiento corporal). La biomedicalización, por el contrario, pone el acento en las transformaciones de los mismos fenómenos por medios tecnocientíficos. Estas transformaciones son logradas en gran medida a través de intervenciones rápidas de alta tecnología, no solo para el tratamiento, sino cada vez más para la mejora y la optimización (Clarke et. al, 2010). Uno de los ejemplos de la

expansión global de la biomedicalización es la migración del diagnóstico y el tratamiento del TDAH fuera de los Estados Unidos (Bergey et al., 2018).

Existe un cúmulo importante de literatura especializada por el tema desde el campo de las neurociencias, que intentan hallar las anomalías cerebrales y las bases neurobiológicas del supuesto trastorno (Ardila y Ostrosky, 2012; Hoogman et. al, 2017; Moscoso et al., 2010; Rubia et al., 2014). Sin embargo, tomándolo desde su clasificación en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), existe una disparidad en la construcción de sus criterios diagnósticos (Untoiglich, Forer y Paganini, 2012). Desde el campo de la neurología, Benasayag (2007) sostiene que no existen pruebas de laboratorio que certifiquen su diagnóstico, sino pruebas clínicas que son complementadas con formularios administrados a los adultos que interactúan con el niño, basados en la observación subjetiva de conductas no específicas y que no buscan las causas de las dificultades del niño. Dicho autor señala que dicho trastorno no cuenta con evidencia orgánica que explique el sentido deficitario fundado en investigaciones científicas indiscutibles, ni existe un marcador biológico de origen genético.

En este campo de especialidad se ha advertido sobre la existencia de una serie de postulados falsos que dificultan un diagnóstico adecuado, como la consideración de que el TDAH es un síndrome o una enfermedad, cuando no cuenta con un elemento constante único que lo defina o cuando no se conoce su etiología, sumado a que su diagnóstico no está documentado ni se pueden hacer pronósticos sobre su progresión (Benasayg, op. cit).

Estos, entre otros problemas en la construcción de los criterios que lo definen, ha transformado al TDAH en una categoría sobrediagnosticada o mal diagnosticada en el ámbito educativo (Tallis, 2006). Por otro lado, las siglas con las que se denomina el trastorno portan una significación vacía que agrupa diferentes malestares, de fronteras permeables y móviles, que según con qué significados se completen van a traer consecuencias en la decisión acerca de tratar o no al sujeto en cuestión y de qué manera (Stiglitz, 2006).

Debe señalarse también la concepción del desarrollo como evolución natural que predomina como marco teórico en muchos docentes y profesionales del campo de la psicología. Como señalan Fleer y Heedegard (2010), los docentes conocen únicamente las relaciones del niño con la institución escolar y no cuentan con los recursos para conocer las relaciones del niño en otras instituciones, principalmente en el hogar. Por lo tanto, muchas veces leen de manera errónea los comportamientos del niño en el ámbito

escolar, y al compararlos con los hitos del desarrollo esperados por cada cultura específica advierten allí un conflicto. Este conflicto termina como en el caso estudiado por las autoras en Australia con el diagnóstico de TDA y la indicación de medicación. Desde esta perspectiva del desarrollo, las posibilidades y potencialidades del niño quedan invisibilizadas. Por el contrario, si se adoptara una perspectiva histórico-cultural del desarrollo, que ponga en primer plano la situación social del desarrollo (Vygotsky, 1998) dentro de un marco dialéctico que incluya la perspectiva del niño, la perspectiva de la familia y la perspectiva de la escuela (Hedegaard, 2009), se podrían ofrecer otros recursos y pensar otras posibilidades para favorecer al niño.

El crecimiento del diagnóstico también se vio inflado o producido debido a su tratamiento psicofarmacológico. Los incentivos financieros dispuestos en Estados Unidos para los niños con discapacidades y las campañas de marketing dirigidas a los profesionales por parte de las farmacéuticas colaboraron en la mayor cantidad de casos diagnosticados. Esto fue acompañado de las presiones por parte de los padres, la identificación de un trastorno que no se había reconocido anteriormente, acusaciones respecto a que su no identificación previa constituía un escándalo y alianzas de padres y médicos. La medicación aparece vista por los padres, los maestros, e incluso los niños no como algo restrictivo sino algo que restaura sus capacidades al niño y le permiten tomar el control sobre sí mismo (Rose, 2012, p.411).

Las afecciones que atañen a los niños generan particularmente una suerte de activismo biológico, según las palabras de Rose y Abi-Rached (2013), por parte fundamentalmente de los padres. Existen asociaciones de padres, tanto en Gran Bretaña como en Estados Unidos, que abogan por que se reconozcan las causas genéticas del TDAH, presionando para que se hagan investigaciones genómicas y biomédicas. La asociación CHADD (Children and Adults with Attention Deficit/Hiperactivity Disorder) [Niños y adultos con Déficit de Atención/Hiperactividad], expresa que si bien no se ha determinado aún la causa, más de 20 estudios genéticos han demostrado que el TDAH es fuertemente heredado. Afirman que es un trastorno complejo resultado de la interacción de múltiples genes. La misión de esta organización es funcionar como un centro de información basada en la evidencia para el TDAH⁷.

Como señala Castorina (2016, p. 34), el naturalismo, -lo que en el caso del TDAH serían los supuestos de que es un trastorno hereditario y genético-, tiene como

⁷<https://chadd.org/about-adhd/overview/>

consecuencia una medicalización de las prácticas educativas, ya que cuando las cuestiones educativas quedan asociadas con las biológicas, se las puede considerar sólo como pertenecientes a estas últimas, limitando significativamente las decisiones de los educadores. Un ejemplo paradigmático es el uso de medicamentos en los niños/as diagnosticados con TDAH para evitar problemas de desatención en la escuela, sin considerar que tal dificultad tiene en muchísimos casos un origen en lo sucedido con sus relaciones respecto del saber y en relación a la actividad del docente.

Otra práctica que colabora a la inflación diagnóstica en los Estados Unidos es la indicación, por parte de las autoridades gubernamentales y científicas de ese país, de que sea el pediatra de atención primaria quien diagnostique el trastorno, considerando que dentro de la prevalencia mundial del TDAH de un 7,2% (con una media de edad del diagnóstico a los 7 años) más de la mitad de los casos son diagnosticados por los pediatras (Visser et al., 2015). La Asociación Americana de Pediatría sostiene que los pediatras de Atención Primaria deben estar preparados para diagnosticar y controlar el TDAH leve a moderado (Mascaraque & Cohen, 2020). Estos datos comprueban las advertencias de sobrediagnóstico del TDAH hechas por Frances (2014), sumadas a su crítica acerca de que las recetas médicas están hechas por los médicos de atención primaria quienes tienen escasa formación sobre su uso correcto, son presionados fuertemente por las empresas farmacéuticas y realizan el diagnóstico y la receta en escasos minutos y sin control sistemático. Como se verá más adelante, en el campo de la práctica en nuestro país los diagnósticos pueden también ser hechos por pediatras o neurólogos, más allá de los profesionales específicos de la salud mental.

2. Las Prácticas Escolares De Evaluación Y Diagnóstico

Desde una perspectiva sociocultural del desarrollo y el aprendizaje, McDermott (2001) parte de la consideración general de que un niño no adquiere una discapacidad de aprendizaje debido a alguna falla o déficit en su desarrollo, sino que es la discapacidad de aprendizaje la que adquiere al niño. Explica que las discapacidades de aprendizaje funcionan como etiquetas, lugares preestablecidos en las conversaciones de los adultos, y que en tanto y en cuanto se les de vida en la organización de las tareas, destrezas y evaluaciones dentro de las escuelas, tomarán un porcentaje de alumnos sistemáticamente. Según su visión, la discapacidad de aprendizaje no existe, solo existe la práctica social de mostrarla, reconocerla, documentarla, remediarla y explicarla (McDermott, op cit., p.295).

En el mismo sentido, Mehan (2001) afirma la discapacidad de aprendizaje puede ser entendida como una construcción cultural que se da a través del discurso. De esta forma, solamente la discapacidad de aprendizaje existe en tanto se aplique la maquinaria institucional apropiada (administración de tests, reuniones con los padres, reuniones para resolver a qué modalidad escolar debe asistir el alumno, etc.). Sin la aplicación de esta maquinaria, las discapacidades de educacionales no existen (Mehan, op. cit., p. 284).

Es importante destacar que en el ámbito de las prácticas psicoeducativas:

... no se trata de cuestionar la relevancia que los buenos abordajes clínicos pueden poseer para definir un diagnóstico o indicar un tratamiento en los casos de sujetos con patologías diversas. Lo que sí resulta necesario es revisar nuestras prácticas escolares habituales de evaluación de las capacidades o posibilidades de aprendizaje de los sujetos y, en ese marco, juzgar con cuidado acerca de la pertinencia o *suficiencia* de los abordajes clínicos, ya que algunos de estos abordajes y rutinas de evaluación no parecen estar atentos a la complejidad y diversidad de los escenarios y experiencias educativas. (Baquero et al., 2008, pp, 19-20)

Lo que los autores proponen es prestar atención al criterio de *suficiencia* de los abordajes clínicos, ya que muchas veces ocurre que en las prácticas escolares los diagnósticos son realizados desde perspectivas individualistas que reducen las posibilidades de aprendizaje y desarrollo de los niños, en tanto se desentienden de la interdependencia entre el sujeto y la situación de aprendizaje.

En la misma línea, Mcdermott (op. cit.) plantea que no se trata de negar que algunos niños aprenden más lento o de manera diferente que otros, sino que sin los arreglos sociales que atribuyen importancia a los ritmos diferenciales de aprendizaje, las discapacidades de aprendizaje no existirían. Esto es, el formato escolar moderno con sus expectativas de logros normalizados bajo condiciones y ritmos homogéneos o uniformes de trabajo se constituye en superficie de emergencia de retrasos, desvíos o déficits.

Si retomamos la perspectiva del giro contextualista, vemos que implica que no podemos pronosticar el potencial de aprendizaje o desarrollo de un sujeto por fuera de la situación en que se encuentra y los alcances posibles en función de ese contexto específico. Es por esto que los diagnósticos hechos desde una mirada clásica de la educabilidad, omiten explicitar que el pronóstico, generalmente negativo sobre la expectativa de aprendizaje de los alumnos, descansa en la suposición que no habrá –por las razones que fueran- variaciones drásticas en las estrategias pedagógicas a desarrollar. Por lo cual:

El riesgo tal vez sería perpetrar lo que podríamos denominar falacia de abstracción de las situaciones, como si fuera posible ponderar un desempeño o pronosticar el desarrollo haciendo abstracción de las características de las situaciones de aprendizaje propuestas o a proponer. (Baquero, 2008, p.29)

El hecho de que el diagnóstico contenga un pronóstico generalmente negativo implícito corre además el riesgo de limitar y obturar el desarrollo del alumno, en tanto el déficit es puesto en el alumno y no en la situación específica de aprendizaje. La falacia de abstracción implica universalizar el diagnóstico, cuando la mayor utilidad proviene de la comprensión de la especificidad de ese niño, visto como alumno en diferentes situaciones escolares. Las observaciones de Mehan (op. cit.) y McDermott (op. cit.) mostraban un desempeño totalmente distinto del niño en función de las diferentes configuraciones de la práctica de enseñanza, lo que nos lleva a pensar en la necesidad de ajustar las prácticas en función de diagnósticos situacionales.

Con respecto a la relación entre los diagnósticos y los pronósticos, resulta fundamental recordar la investigación clásica de Rosenthal y Jacobson (1968), en la que demostraron cómo las expectativas de los docentes acerca del desempeño de los alumnos, modulaba sus prácticas de manera particular. Si pensamos que el diagnóstico contiene un pronóstico implícito, también llevará a formular expectativas de los

docentes que alterarán las condiciones de enseñanza-aprendizaje con respecto a esos alumnos, guiando y orientando las intervenciones en base a esas expectativas.

2.1. Marco Normativo De La Inclusión Y Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad

La Dirección General de Educación de Gestión Privada (DGEGP) tiene la responsabilidad de administrar, supervisar y acompañar el universo de las escuelas de gestión privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires conforme con las políticas del Ministerio de Educación.

Con respecto a las normativas que hacen a la inclusión y los derechos de las personas con discapacidad, en la Disposición E-282/2017, la DGEGP establece derogar las Disposiciones N° 25-DGEGP/11 y N° 219-DGEGP/12, en función de la aprobación del documento "Promoción, acreditación, certificación y titulación de los estudiantes con discapacidad" por parte del Consejo Federal de Educación (Resolución CFE N° 311/16).

Esta resolución se apoya principalmente en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que fue aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en el año 2006, promulgada como Ley Nacional en 2008 y adquirió jerarquía constitucional en nuestro país en el año 2014 (Ley N° 27.044).

La Res. CFE N°311/16 en primer lugar hace referencia al artículo 11 de la Ley de Educación Nacional N°26.206, el cual establece: "Garantizar a todos/as el acceso y las condiciones para la permanencia y el egreso de los diferentes niveles del sistema educativo, asegurando la gratuidad de los servicios de gestión estatal, en todos los niveles y modalidades". Y en particular: "brindar a las personas con discapacidades, temporales o permanentes, una propuesta pedagógica que les permita el máximo desarrollo de sus posibilidades, la integración y el pleno ejercicio de sus derechos" (artículo 11, inciso n). Es decir, son los fines y objetivos de la Política Educativa Nacional garantizar el acceso, las condiciones para la permanencia y el egreso de todos/as los alumnos de país, ocupándose esta resolución en particular de las personas con discapacidad.

La definición de discapacidad es tomada de Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley N° 27.044). Allí dice: "... la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con

deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás". Podemos vislumbrar aquí el modelo social de la discapacidad, en tanto si bien existen limitaciones individuales de diferentes tipos, es la interacción con los demás donde pueden existir las barreras que dificultan el desarrollo de las personas (Palacios, 2008). Esta concepción impregna toda la disposición, en función de señalar que es la escuela y sus actores quienes deben identificar las barreras al aprendizaje, para luego desde allí pensar las configuraciones de apoyo para los alumnos.

La Res. CFE N°311/16 establece la prohibición de rechazo de los alumnos con discapacidad, obligando a las escuelas a garantizar las condiciones y la inclusión de todos. Afirma que: "Las escuelas tienen prohibido rechazar la inscripción o reinscripción de un/a estudiante por motivos de discapacidad. El rechazo por motivo de discapacidad, de forma directa o indirecta, será considerado un acto de discriminación".

Indica además el comportamiento y los objetivos a tener en cuenta con los alumnos: "Brindar herramientas, saberes específicos, configuraciones de apoyo y ajustes razonables, en los términos de la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad" (Art. 2°). Siendo que las escuelas serán responsables de profundizar la cultura inclusiva como eje transversal en los establecimientos educativos que de ellas dependan (Art. 5°).

En esta resolución se vuelve a establecer que son los Equipos Educativos los que deberán acompañar y orientar las trayectorias de los estudiantes. Estos equipos son interdisciplinarios o transdisciplinarios y depende de las normativas jurisdiccionales. Son incluidos también los supervisores, docentes y directivos.

El artículo 14° establece sus funciones:

Estos actores, a partir de un trabajo conjunto con la familia y dando lugar a la palabra de el/la estudiante con discapacidad, pondrán en conocimiento las decisiones respecto de las trayectorias escolares, generarán acuerdos y les informarán periódicamente de la evolución y evaluación del proceso educativo, promoviendo la participación activa de las familias en dicho proceso educativo. (Res. CFE N°311/16)

Desde un comienzo se puede observar la inclusión de la familia como copartícipes del proceso, además de darle un lugar de prioridad a la palabra del estudiante. Es de destacar además el carácter periódico de los acuerdos en función de la evaluación de la evolución del alumno.

Luego continúa:

Se generarán instancias de interacción y complementariedad con los profesionales externos al Sistema Educativo que realicen acompañamientos a la persona con discapacidad, los cuales se rigen por las normativas vigentes a nivel nacional y jurisdiccional. Dicho aporte no implicará condicionamiento a la decisión por parte de la institución educativa de desarrollar tal o cual acción o estrategia educativa, sino que tiene el carácter meramente orientativo o consultivo. (Res. CFE N°311/16, Art. 14°)

Se hace mención del vínculo con los profesionales externos en tanto orientadores o consultores, quedando las decisiones finales acerca de las acciones o estrategias educativas resguardadas para la institución educativa.

La propuesta para los estudiantes con discapacidad consiste en la elaboración de un Proyecto Pedagógico Individual (PPI). Este PPI:

... se elaborará en función de las necesidades del estudiante, promoviendo su desarrollo integral y tendiendo a favorecer su inclusión social y educativa. La planificación y desarrollo del PPI será responsabilidad de los equipos educativos correspondientes, quienes informarán y acordarán con las familias las metas y responsabilidades de cada una de las partes a fin de que el estudiante con discapacidad desarrolle sus aprendizajes sin perder de vista el diseño curricular jurisdiccional, en vistas a que el mismo no implique un currículum paralelo. Los proyectos personalizados deben actualizarse periódicamente sobre la base de metas factibles y estar redactados en un lenguaje claro. (Res. CFE N°311/16, Art. 17°)

Para su elaboración deberán tenerse en cuenta los siguientes ejes (Res. CFE N°311/16, Anexo II):

1. Datos del/ la estudiante (Apellido y nombres, fecha de nacimiento, trayectoria escolar, certificado de discapacidad, domicilio, TE).
2. Datos del padre y/o de la madre/ del tutor o encargado legal.
3. Datos de la/s escuela/s intervinientes del Nivel que cursa y de la Modalidad de Educación Especial (N° y Nombre, localidad, provincia, turno, sala/ grado/año).
4. Datos del maestro/a/s de grado, profesor/es y asesor pedagógico de la escuela de origen y del maestro de la Modalidad de Educación Especial.
5. Datos del equipo externo al Sistema educativo.

6. Datos del Intérprete de lengua de señas argentina (LSA).
7. Denominación de los integrantes del equipo escolar interdisciplinario.
8. Barreras físicas, académicas y comunicacionales.
9. Recursos tecnológicos, materiales y apoyos específicos en formatos accesibles.
10. Participación familiar en el proceso de inclusión.

Si se focaliza en los últimos 3 puntos (8, 9 y 10), se vuelve a observar la pregnancia del modelo social de la discapacidad, es decir, la identificación de los obstáculos y barreras, la creación de recursos de todo tipo que sean específicos para ese alumno y la participación necesaria de la red familiar en el dispositivo.

Respecto al diseño curricular se propone la organización de los contenidos en función de su priorización, secuenciación y temporalización, siendo necesario incorporar la evaluación por proceso (Anexo II; 11). La incorporación de contenidos que no estén presentes en el diseño de nivel, como por ejemplo la autonomía o autodeterminación, habilidades sociales, auto cuidado y otras (Anexo II; 13). Se observa que estos objetivos curriculares responden a pautas psicológicas del desarrollo, para las cuales los alumnos que sean diagnosticados con trastornos de la salud mental sean posiblemente incluidos, o al menos, se preconfigura desde la normativa que así pueden serlo.

En cuanto los apoyos se establecen la presentación anticipada de actividades al maestro de apoyo o maestro integrador, y los apoyos y ajustes razonables (Anexo II; 14, 15 y 16).

Se incluye además en el marco del diseño curricular todo lo relativo a la organización del trabajo: “estilo de aprendizaje, dinámica del grupo, modos de participación de los estudiantes, recursos destinados, modalidad de trabajo áulico (cooperativo, colaborativo, etc.) en el aula” (Anexo II, 17). Y todo aquello perteneciente a la educación no formal que pueda ser llevado a cabo en la comunidad (cultural, recreativo y deportivo) que sea favorable para ese alumno y su red familiar (Anexo II; 18).

Respecto de las barreras, su clasificación y detección pueden ubicarse en estos ejes (Res. CFE N°311/16, Anexo III):

- Barreras de acceso físico.
- Barreras de la comunicación.

- Barreras didácticas: procesos de enseñanza-aprendizaje.
- Barreras sociales/actitudinales: actitud de los docentes, de los demás estudiantes, de los familiares, carencias en la información, capacitación, conocimiento de los procesos inclusivos.

Se destaca allí la identificación de barreras didácticas, si bien definidas de forma amplia, y de barreras sociales o actitudinales. Las barreras didácticas hacen referencia a los elementos del proceso de enseñanza-aprendizaje, pudiéndose interpretar allí que existan elementos del proceso que no le permitan al alumno acceder a los contenidos. Mientras que las barreras sociales/actitudinales hacen referencia a lo que el modelo social de la discapacidad entiende como actitudes negativas o de exclusión en tanto factores determinantes de la discapacidad en una sociedad específica (Palacios, op.cit). Si se detectaran estas barreras se disponen las acciones para eliminarlas: “Atención, asesoramiento y orientación, capacitación, provisión de recursos, cooperación y acción coordinada, seguimiento e investigación” (Res. CFE N°311/16, Anexo III):

Por último, es importante destacar los apartados de Acreditación y Certificación (Res. CFE N°311/16):

ARTICULO 27°. Los/as estudiantes con discapacidad que hayan contado con un PPI contarán con calificaciones en su boletín, que se regirán por la presente Resolución. El estudiante con discapacidad será calificado en concordancia a lo propuesto en el PPI, el cual da cuenta de su trayectoria educativa.

ARTICULO 30°. Se otorgará el certificado de educación primaria a todos/as aquellos/as estudiantes con discapacidad, cualquiera sea la Modalidad u opción pedagógica a la que asisten, al igual que al resto de la población escolar, tal como lo plantea la Res. CFE N° 18/07. El certificado será otorgado por la institución educativa en la que el/la estudiante con discapacidad haya cursado su último año.

Es decir, todo alumno que cuente con un PPI será calificado según los objetivos allí delineados y recibirá la certificación correspondiente al nivel que lo habilitará a continuar en el nivel siguiente.

2.2 Las Prácticas Psicoeducativas

Los equipos de orientación escolar (EOE) desde la perspectiva de las políticas públicas son considerados “un actor institucional prioritario y estratégico”, en función de que deben articular sus acciones con los demás actores educativos para “... fortalecer las trayectorias educativas y ampliar estrategias de inclusión de niños/as, adolescentes y jóvenes escolarizados/as y no escolarizados/as, para garantizar sus estudios primarios y secundarios obligatorios” (Res. CFE N°239/14).

En dicha disposición del CFE (2014) se reconoce que:

Desde hace décadas, la existencia de estos equipos es una realidad en todo el país y responde a un requerimiento propio de los complejos procesos sociales y educativos contemporáneos, no sólo con el fin de intervenir ante la dificultad o el conflicto, sino para ofrecer, mediante su trabajo cotidiano, espacios y tiempos de pensamiento y acción transformadora de la escuela actual hacia una escuela efectivamente inclusiva. (p.3)

Allí se destaca fuertemente la importancia de los EOE en la construcción de una escuela inclusiva. Sus intervenciones se basan en la capacidad de anticiparse a las emergencias y construir un marco de convivencia y acompañamiento para los alumnos.

A su vez, se establece que la especificidad de su tarea implica “...diseñar, implementar y acompañar –junto con supervisores, directivos y docentes- procesos favorables a la enseñanza y aprendizaje...” (Res. CFE N°239/14, op. cit.), siendo que las tareas de diagnóstico y clínica no pueden ser llevadas a cabo por docentes, directivos o profesionales que se encuentren en el ámbito escolar. Es decir, se restringe las tareas de diagnóstico y clínica propias del campo profesional cuando éste ejerce su tarea en la escuela.

Este documento establece las pautas federales que regulan las funciones de los EOE, a saber (Res. CFE N°239/14, Anexo II):

1. Sobre el acompañamiento como tarea inherente al trabajo de los equipos
2. Sobre la perspectiva institucional de intervención
3. Sobre la interdisciplina
4. Sobre la conformación de los equipos de orientación
5. Sobre la transversalidad
6. Sobre la organización y configuración
7. Criterios generales

Del primer punto se desprende la importancia de que el EOE acompañe no solo a los alumnos sino también a los demás actores educativos (docentes, directivos y todos aquellos actores importantes para esa institución).

El segundo punto establece que el trabajo se hará desde una mirada institucional, ubicando las trayectorias de los alumnos desde el trabajo de los docentes, directivos y supervisores. Se destaca que deberán hacerlo corriéndose de un enfoque del déficit de los sujetos para "...hacer visible el trabajo con las condiciones organizacionales, relaciones pedagógicas, normativas, formas de hacer, pensar y decir que la escuela genera".

El tercer punto remarca el entrecruzamiento entre los diferentes saberes de las disciplinas.

El cuarto apartado establece que: "Un equipo de apoyo y orientación podrá reunir a profesionales de diversas formaciones de origen: psicólogos, psicopedagogos, trabajadores sociales, antropólogos, sociólogos, pedagogos, fonoaudiólogos, médicos con orientación comunitaria, entre otras profesiones". Se puede observar aquí la pluralidad de disciplinas que pueden componerlo en función de las diferentes situaciones y contextos institucionales.

De los demás apartados se puede destacar lo prioritario de trabajar con una mirada integral en consideración de las políticas educativas y la articulación con otros agentes del Estado (programas nacionales y/o jurisdiccionales).

2.2.1 El Rol Del Psicólogo Escolar

Se ha enunciado anteriormente el marco regulatorio actual de la práctica de los profesionales del campo psicoeducativo dentro de las escuelas, pero para llegar a esto la psicología ha recorrido un largo camino. Se mencionará brevemente el comienzo de las prácticas relacionadas al ámbito educacional de la psicología para luego contrastarlo con la situación actual.

En primer lugar, se puede ubicar el primer test de inteligencia creado por Binet para identificar aquellos niños que no iban a poder acceder a la educación común (Gould, 1984). El campo de test estandarizados de medición de la inteligencia creció a partir del terreno cultivado por los primeros psicólogos experimentales y por los esfuerzos de Galton en Inglaterra, Goddard y Terman en los Estados Unidos, Kraepelin en Alemania y los ya mencionados Binet y Simon en Francia, para desarrollar

instrumentos objetivos que midieran las diferencias individuales en las habilidades intelectuales con diferentes fines: educativos, militares, laborales y terapéuticos (Mehan, 1986, p.91). No podemos dejar pasar por alto las consecuencias que han tenido algunos de estos test como el caso de la paciente Deborah, quien fuera institucionalizada en el “*Vineland Training School*” por Goddard y sin embargo, para muchas de las personas que interactuaban con ella no había ningún motivo por el que no pudiera vivir de manera independiente (Smith, 2006). Incluso sus habilidades contrarrestaban los resultados de los test que la señalaban como débil mental.

En la Argentina, las cuestiones referidas a la diferenciación de los niños entre la escuela común y especial se plantearon a principios del siglo XX, pero las primeras intervenciones no se dieron inmediatamente (Toscano, 2005).

Como describe Talak (tomado de Toscano, op. cit):

En 1924, se creó la función de “visitadora escolar”, realizada por una especie de maestra de higiene escolar, que se encargaba entre otras cosas de seleccionar a los escolares débiles, según sus aptitudes físicas, fisiológicas y psicológicas, y de aplicar una pedagogía científica que tuviera en cuenta esta graduación. Además de su formación pedagógica, la visitadora escolar adquiría conocimientos de biología general, biometría y antropología del niño, en un Curso de Visitadoras de Higiene Social, de dos años de duración, que dependía del Instituto de Higiene y de la cátedra del mismo nombre, en la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA. En el segundo año se optaba por la especialización en Visitadora para la Tuberculosis e Higiene Infantil o en Visitadora de Higiene Escolar. Esta última realizaba una selección preliminar de los escolares a través de la construcción de fichas individuales, con los siguientes datos: raza, tipo, deformaciones, anomalías, estigmas de organización o signos funcionales de insuficiencia, reacciones anormales o patológicas, etc. (Talak y Forestieri, 2004. p. 5)

Si contrastamos la Res. CFE N°239/14 con la primera intervención de la “visitadora escolar”, podemos observar grandes cambios de perspectiva. Si bien se puede leer todavía cierta tarea de detección de riesgos y prevención, el marco actual prioriza las tareas de acompañamiento desde lo institucional. Estas primeras intervenciones estaban dedicadas exclusivamente a la corrección o ubicación de individuo desviado de la norma.

Sí resulta llamativo que, a pesar de la existencia de la Resolución Federal anteriormente citada, junto con extensa bibliografía que intenta señalar la importancia

de correrse del modelo clínico hegemónico (Lus, 1995; Fernández, 1997; Mehan, 2001; McDermott, 2001; Baquero, Pérez y Toscano, 2008), continúe aún vigente la creencia de docentes y directivos de los colegios de que la principal tarea del psicólogo escolar es diagnosticar (Valdez, 2001). Todas estas voces han venido señalando la importancia de recontextualizar el rol de psicólogo, corriéndose del rol del experto, aquel que puede terminar el coeficiente intelectual de un niño aislado de su contexto y decidir si tiene que ser enviado a la educación especial, hacia una mirada situacional de la escuela y de la educabilidad en tanto efecto de la relación en el proceso complejo de enseñanza-aprendizaje.

Respecto de las intervenciones del psicólogo escolar, desde una concepción clásica pero vigente, éstas giran en torno a la detección y diagnóstico de posibles problemas de los alumnos. Este tipo de intervención trae como riesgo la visión del psicólogo como un “mago diagnosticador” que es llamado a rotular desde el déficit a los “alumnos problema” (Selvini Palazzoli, 2008, 1986). De acuerdo con esta autora, esa posición lleva al psicólogo a dar consejos desde una posición de técnico especialista, lo cual es muchas veces lo que la escuela espera. A su vez, también se le puede plantear una posición de desafío, de ver que puede hacer el psicólogo o la psicopedagoga con ese alumno problema que el docente y los directivos no pudieron hacer.

Esta posición ha sido cuestionada desde la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad cuando se piensa en las intervenciones para el ámbito de la discapacidad o de los trastornos mentales en la infancia o de los trastornos del aprendizaje, siendo que el profesional del área psicoeducativa intervendrá principalmente construyendo lo que Valdez (2016) llama “ayudas para aprender”. Su presentación puede ser muy variada, pero versan en torno a: “personas que nos guían en el aprendizaje, estrategias didácticas para crear entornos educativos y comprensiones compartidas; andamiajes para favorecer la autonomía, el autocontrol y los procesos de autorregulación” (Valdez, op cit., pp. 20-21).

Para que la intervención del psicólogo no se vea reducida al campo individual y de corrección de la norma, es necesario correr la mirada hacia la escuela desde una cultura inclusiva, lo cual supone la “reestructuración de las escuelas para responder a las necesidades de todos los niños” (Ainscow, 2007, citado por Valdez, op. cit.). Desde este punto de vista las intervenciones vienen a ser las “ayudas” contras las barreras que se identifiquen para cada alumno en particular en una situación escolar específica.

2.2.2. Etiquetas Y Rótulos

Como ya se mencionó anteriormente, McDermott (2001) parte de la idea que las etiquetas preceden a las personas, es decir, son lugares socialmente construidos que tienen límites y características particulares. A su vez, Rist (2001) enfatiza que estas etiquetas sirven para clasificar a las personas de acuerdo con sus actitudes y comportamientos, lo cual trae como efecto en la escuela la confirmación de esas expectativas que ya están contenidos en la etiqueta, produciendo una profecía que se autocumple o el efecto Pigmalión (Rosenthal y Jacobson, 1968).

Si relacionamos la teoría del etiquetado con la clasificación diagnóstica, podemos pensar que los diagnósticos muchas veces se convierten en profecías que se autocumplen, condicionando todos los sentidos y prácticas de la vida de las personas a ese rótulo (Rosenhan, 1988).

Mehan (1986) señala cómo las etiquetas que recibe el niño se convierten en hechos sociales con efectos fijos a largo plazo. La etiqueta se convierte en un objeto con un significado fijo para la institución, aunque sea un producto social de sus propias prácticas. En este punto, la etiqueta puede colapsar en una metáfora. Es decir, los niños referidos quedan restringidos y limitados por las fronteras establecidas por este discurso mítico. El resultado del proceso de diagnóstico crea estudiantes discapacitados y trayectorias de estudiantes discapacitados.

Estas reflexiones han llegado al campo de la Psicología Educacional, generando un dilema para sus actores, a saber, huir de las etiquetas, pero tampoco caer en la ignorancia, desconociendo los aspectos psicoeducativos que obstaculizan el aprendizaje y desarrollo de los alumnos (Valdez, 2016).

En el escenario escolar, el riesgo de nombrar a los niños con un diagnóstico devenido en sigla (ADD o TDAH) es el del estigma que afianza al sujeto en una posición que podría haber sido pasajera en permanente y que además no favorece su relación con el aprendizaje (Zelmanovich, 2008). Para que un dispositivo pedagógico cumpla su función –según Meirieu (2004)– deben darse tres condiciones: (a) el dispositivo debe permitir la conformación de un espacio sin amenazas, (b) tiene que poder constituirse en un lugar en donde el niño pueda aliarse con un adulto contra todas las formas de adversidad y de fatalidad, y además (c) debe ser rico en ocasiones, estimulaciones y recursos. En el caso de los niños diagnosticados con TDAH estas condiciones no se dan, ya que los niños se vuelven una amenaza para los adultos y sus

compañeros, en tanto se entiende que la atención no es una característica situacional sino un componente propio del sujeto que puede ser químicamente producido, y las prácticas y ocasiones de aprendizaje posibles son sustituidas por pronósticos que terminan siendo performativos del destino escolar del sujeto (Zelmanovich, op. cit).

2.3. La Práctica Diagnóstica En La Infancia

En este apartado se describirán en primer lugar algunos de los postulados centrales de los modelos cognitivos (aquellos sustentados en premisas extraídas de las neurociencias) aplicados al diagnóstico y tratamiento en la infancia que vienen influenciando una parte de la práctica diagnóstica en nuestro país. Luego, se retomarán perspectivas críticas sobre estos modelos, resaltando los múltiples reduccionismos en los que se incurre a partir de estas concepciones. Finalmente, se presentarán sucintamente algunas de las perspectivas que intentan rescatar la subjetividad del niño desde una mirada sociocultural e intersubjetiva.

La terapia cognitivo conductual se basa en el paradigma del procesamiento de la información, es decir, la persona, -o más específicamente su sistema nervioso central-, se encuentra constantemente evaluando y atribuyendo significados a los estímulos que recibe de medio (Keegan, 2007). Surge a partir de los años 60, a partir de la proliferación de trabajos sobre la cognición. La cognición es entendida como: “el conjunto de procesos por medio del cual el sujeto aprehende, procesa, categoriza y construye la realidad” (Keegan, op. cit., pp. 61-62). Una de sus principales tesis es que el pensamiento, la emoción y la cognición son interdependientes, por lo cual cualquier modificación de uno de ellos implicará la transformación de los otros.

La terapia cognitiva plantea la conceptualización del caso como la serie de hipótesis que construye el terapeuta a partir de intentar identificar: las creencias disfuncionales que se asocian con el problema del paciente; los aprendizajes y experiencias tempranas; sus actitudes, expectativas y reglas subyacentes y su percepción acerca de sí mismo y del mundo, entre otros (Beck, 2008).

En el caso de los trastornos en la infancia, estos pueden dividirse en internalizadores o externalizadores (Kendall, 2000). Los externalizadores son aquellos en que existe un déficit cognitivo por el cual el niño no puede inhibir determinados impulsos y termina actuando en consecuencia. En esta categoría se incluirían las problemáticas de comportamiento agresivo y disruptivo. Los trastornos internalizadores

se caracterizan por síntomas relacionados a la ansiedad, la depresión o la inhibición. Son cuadros donde predominan las distorsiones cognitivas, es decir, “creencias sostenidas por una lógica rígida, repetitiva y distorsionada, como podrían ser la subestimación de los propios recursos de afrontamiento y la sobreestimación del peligro o la amenaza en los trastornos de ansiedad” (Kosovsky, 2011).

Se observa que ambos tipos de trastornos se definen desde una concepción de la anormalidad, ya sean déficit o distorsiones. Si se tiene en cuenta que los niños son diagnosticados desde este tipo de enfoque, se vuelve a ubicar aquí el problema acerca de la construcción de lo normal y anormal, en tanto el discurso psicológico basado en la medicina moderna, cuantifica las capacidades cognitivas del sujeto, pretendiendo gobernar las variaciones o gradientes de las diferentes formas de los comportamientos y la vida de las personas (Cimolai y Toscano, 2008, pp. 53-54), lo cual traerá consecuencias en las prácticas escolares de los alumnos diagnosticados con trastornos mentales. Es además importante distinguir estos enfoques cognitivos de aquellos que consideran que las habilidades y tareas cognitivas siempre tienen una organización social e institucional específica, y que los detalles de las prácticas están en estrecha relación con el sistema al que pertenecen las personas (Lave, 1991; Rogoff, & Chavajay, 2005, tomado de Packer, 2019).

Por otro lado, como señala Terigi (2016), la enorme mayoría de los estudios en neurociencias postulan que los modelos cognitivistas son afines al tipo de exploraciones que realizan, en tanto asumen relaciones entre los patrones neuronales y los comportamientos de los sujetos estudiados de forma directa, reduciendo fenómenos complejos que implican variables contextuales y situacionales en funciones cognitivas aisladas. Este reduccionismo deriva en un problema de validez ecológica, en tanto se pretende que los fenómenos observados y registrados en una investigación aborden aquello que realmente sucede en los escenarios naturales en que se presentan tales fenómenos. La metodología de los estudios neurocientíficos implica que las tareas que se plantean a los sujetos deben cumplir una serie de requisitos, siendo que se debe poder aislar suficientemente la función cognitiva que se busca explorar, diferenciándola de otras que podrían estar asociadas. El problema que se presenta es que aislar suficientemente la función cognitiva bajo estudio lleva a un modelo asociacionista de las funciones cognoscitivas, aún de las más complejas; esto es, considerar que ciertas acciones humanas que en la vida cotidiana son reconocidamente complejas y multidimensionales (como los actos de lectura, o los hechos del lenguaje, o el cálculo)

son susceptibles de descomponerse en partes simples, en procedimientos discretos, y que cada una de estas partes simples conserva su funcionalidad cuando se la estudia separadamente.

Este proceso de aislamiento y separación de fenómenos complejos se observa también en la manera de diagnosticar, reduciendo el niño a la descripción observacionales únicamente de sus conductas individuales. Esta visión es cuestionada desde el psicoanálisis. Janin (2007) señala que uno de los grandes problemas para la comprensión de la psicopatología infantil es la profusión de diagnósticos que únicamente enuncian cuestiones descriptivas acerca del niño, identificándolo a esos nombres y perdiendo así parte de su subjetividad. La autora afirma que diagnosticar es otra cosa que rotular de acuerdo con lo manifiesto, el diagnóstico requiere escuchar, observar y analizar todos los elementos posibles a la luz de los conflictos intrapsíquicos o intersubjetivos. A su vez, la consideración de esos criterios comportamentales está íntimamente ligada a la época, siendo que las sociedades van variando sus representaciones acerca de la infancia y aquello que consideran tolerable o no de un niño (Golse, 2003, citado por Janin, op. cit).

El diagnóstico infantil desde el psicoanálisis analizará:

...los conflictos que están en juego, el modo en que el niño se defiende y de qué, si los conflictos son del orden de la fantasía o si hay una realidad perturbadora, cuáles son los elementos en conflicto, si este es intra o intersubjetivo, si se trata en ese sentido de un síntoma o de un trastorno en la estructuración subjetiva, si viene variando y cómo, cuál es la movilidad de las defensas, cómo está operando la repetición y en quién. (Janin, op. cit, p. 31)

La propuesta del psicoanálisis irá en torno de pasar del déficit al síntoma (cf. Sotelo, 2006) y al análisis de la constitución subjetiva del niño y el concepto de infancia (cf. ar, 2018).

Por último, se deben considerar los efectos de construcción de realidad social que se dan en la práctica diagnóstica. Como explica Mehan (1986) las identidades de los estudiantes (ya sea como educativamente discapacitados o como normales), que se forman comenzando en el aula, son afirmadas posteriormente por los profesionales encargados del diagnóstico. En palabras del autor, los estudiantes no entran en la sala de testeos con una pizarra vacía, sino que ya han sido identificados como diferentes y los evaluadores terminan reforzando las suposiciones de las personas que los han derivado. Los informes de los profesionales a cargo del diagnóstico reflejan una construcción de

realidades sociales, proporcionando generalidades estadísticas en lugar de descripciones de los procesos cognitivos y de aprendizaje del estudiante. Aunque las pruebas psicológicas y educativas son un método de descubrimiento, no son dispositivos mecánicos que puedan tomar decisiones automáticamente. Sin embargo, son los puntajes de las pruebas más que el proceso de descubrimiento del psicólogo lo que se concluye en el informe final. Y es este informe el que pesa más en la decisión de etiquetar a los estudiantes con discapacidades educativas y colocarlos en programas de educación especial. Los casos estudiados por el autor sugieren que el profesional que diagnostica refuerza las suposiciones iniciales del agente que derivó al niño al reconocer indicadores aparentes de discapacidades educativas en el comportamiento del aula. Las secuelas de tal relectura son fundamentales en el proceso diagnóstico que crea estudiantes discapacitados y trayectorias de estudiantes discapacitados.

3. El Problema De La Inclusión De Lo Diverso En El Dispositivo Escolar

La Psicología Educacional es frecuentemente llamada a responder y juzgar acerca de las posibilidades y capacidades de los alumnos, a partir de un cuerpo de conocimiento y procedimientos propios de la disciplina (Baquero, 2008, p.19). Sin embargo, muchas de las prácticas psicoeducativas no suelen poner la mirada en los límites y alcances de los supuestos que subyacen a este cuerpo de conocimientos.

Una de las prácticas diarias y rutinarias de la escuela es la evaluación acerca de si un alumno debiera permanecer en la escuela común o ir a escuela especial (Mehan, 2001). Mehan explica que en la base de esta práctica diaria existe una competencia entre diversos modos de representación por lograr captar y atribuir un significado particular a un hecho social ambiguo, lo que se denomina “*política de representación*” (Holquist, 2002). La importancia de comprender los procesos por los que un modo de representación particular logra prevalecer por sobre otro, está dada por entender cómo a partir de la ambigüedad de las prácticas cotidianas escolares se termina por atribuir definiciones categóricas acerca de la inteligencia, normalidad o anormalidad del niño.

La definición de normalidad o anormalidad de un alumno puede ser emparentada con la evaluación a través de diferentes técnicas de sus capacidades de aprendizaje. Las estrategias que gozan de mayor valoración son aquellas que desarrollan una suerte de abordaje individual del alumno, basado en técnicas de exploración mayormente psicométricas. Estas técnicas evalúan el desempeño intelectual en términos de cociente intelectual, edad mental o puntuación relativa con respecto a baremos disponibles según la población. Los abordajes psicométricos producen un saber descontextualizado, que partiendo de un encuadre rutinario en el que la interacción con el sujeto está regulada y minimizada, obtiene resultados a ser interpretados por lo que han obtenido otros sujetos en situaciones similares, ubicándolo así de acuerdo a una media relativa. En muchos casos, el juicio sobre los logros y posibilidades se obtiene de una, dos o tres sesiones de interacción individual con el sujeto (Baquero, 2008, p. 20).

El estudio de Mehan (op. cit), junto con el de McDermott (2001), muestran que se pueden construir perspectivas muy diferentes sobre los alumnos y sus posibilidades de aprendizaje en función del tipo de experiencia que hayamos compartido o diseñado con ellos (Baquero, Pérez y Toscano, 2008).

3.1. El Aporte De Los Enfoques Socioculturales

Respecto al problema de la diversidad en relación con las prácticas psicoeducativas, Baquero (2001) advierte sobre el riesgo de considerar a los sujetos como si fueran grados de desviación respecto a un canon construido por los modelos psicológicos. Las pruebas y test psicométricos utilizados en las prácticas psicológicas parecen revelarnos al sujeto real, de acuerdo con si cuenta o no con determinadas capacidades (Baquero, 2001, p. 12).

Los enfoques socioculturales nos permiten atender a tres cuestiones acerca de los supuestos que sustentan las prácticas clásicas de diagnóstico de las posibilidades de aprender de los alumnos.

A. La no apreciación suficiente de las especificidades que guardan los procesos de aprendizaje escolar.

B. La naturalización del espacio escolar y de las prácticas pedagógicas como prácticas de potenciación de un desarrollo que se supone en buena medida un proceso cuasi-natural

C. Atender a las unidades de análisis presentes en el abordaje de los procesos de desarrollo y aprendizaje humano.

Respecto al primer punto, se ha señalado habitualmente la tendencia en educación a utilizar categorías psicológicas y los procedimientos y resultados de la indagación en este campo sin realizar las adecuaciones o mediaciones necesarias. Se ha denominado habitualmente a esto “aplicacionismo”, en el sentido de que los resultados de la investigación “básica” psicológica, eran aplicados a los terrenos prácticos de intervención bajo la idea de que resultaban un conocimiento suficiente. Los resultados de la indagación básica resultaron siempre *pertinentes* para poseer una mejor comprensión de los fenómenos escolares, el límite no se ve en su pertinencia sino en su carácter *suficiente*. Es decir, los usos efectuados de estos desarrollos psicológicos no han atendido a la especificidad y complejidad de los procesos escolares.

Lo escolar no constituye un mero contexto más para la producción de desarrollo y aprendizaje, sino que resulta un contexto que produce formas específicas de desarrollo, de apropiación de usos de recursos simbólicos sofisticados, de regulación de las formas de usos del lenguaje, de variación de los modos de pensamiento, etcétera. Es decir, hay procesos que solo pueden aplicarse en ese contexto; o mejor, la conclusión muchas veces es que todo aprendizaje o desarrollo

debe estar relacionado con contextos específicos de actividad cultural y que probablemente la indagación psicológica nos provee, cuando surge de contextos experimentales, un saber parcial de tales procesos. (Baquero, 2008, p. 23)

La segunda cuestión hace referencia a la percepción habitual del espacio escolar como si fuera un ámbito natural para amparar un desarrollo, también natural, de los alumnos. Sin embargo, la escuela impone un ritmo de trabajo unificado y un régimen de trabajo homogéneo para todos por igual, lo que produce que muchas veces lo que es visto como un desarrollo infantil “retardado”, son en realidad aspectos del desarrollo infantil que van en disonancia con la matriz organizacional de la escuela (Toscano, 2005).

Desde una perspectiva foucaultiana se concibe al dispositivo escolar como una pieza de ingeniería social que pretende ser económica, un sistema único de enseñanza para un colectivo en realidad heterogéneo, pero del cual se esperan rendimientos homogéneos. La matriz organizacional de este dispositivo demanda tiempos, ritmos y pautas específicos en el desempeño de los alumnos (Narodowski, 1994). Estas demandas se derivan de las normas de organización de la instrucción colectiva. Así, las características organizacionales del dispositivo escolar establecen las coordenadas que configuran la superficie de emergencia de los fenómenos considerados disruptivos o no adaptados.

Existe así una dirección relativamente única que deberían guardar los procesos de desarrollo y de la deseabilidad de cierto ritmo común, al menos entre los sujetos de edades similares. A ciencia cierta, no sabemos cuán homogéneo resulta del proceso de desarrollo de los sujetos por fuera de nuestras prácticas de crianza y escolarización que, en buena medida, colaboran con producir el ritmo gradual y el progreso homogéneo (Baquero, op. cit., p. 24).

El tercer punto por revisar son los supuestos que ordenaron la concepción clásica del desarrollo en torno a una armonía natural entre sujetos y escuela. Los modelos psico-evolutivos, que tanta pregnancia han tenido en diseñar expectativas “normales” sobre el desarrollo y el aprendizaje, han partido en buena medida de la presunción de que el desarrollo era explicable como una suerte de despliegue de un potencial individual realizable en ciertas condiciones ambientales o por efecto de las prácticas educativas. El potencial para aprender aparece en estos modelos como una propiedad o atributo del individuo: cada uno expresa cierta capacidad de ser educado. Este supuesto, toda vez que constatamos éxitos o fracasos relativos en el progreso de los aprendizajes

de los alumnos corre el riesgo de perpetrar una falacia habitual: la de confundir un punto local donde constatar un efecto con el sitio donde puede encontrarse la explicación suficiente o última de un hecho o proceso. Esto es que, si bien estamos obligados a ponderar en el alumno los efectos de las prácticas educativas o los resultados de un proceso de aprendizaje, esto no equivale a considerar que el aprendizaje o el desarrollo sean procesos que se pueden explicar de modo autosuficiente por procesos internos del individuo (Baquero, op. cit., p.26).

Algunos autores han señalado la presencia en los últimos años de un giro contextualista o situacional en la psicología educacional. Tal giro implicaría centralmente un cambio del individuo como unidad de análisis a la actividad intersubjetiva mediada semióticamente y regulada por formas culturales específicas de organización de la actividad.

Baquero (2012) señala un primer giro coincide con el ascenso de las posiciones constructivistas de tipo piagetiano y el progresivo ajuste protagonizado desde las posiciones piagetianas a la naturaleza de la escritura como objeto (la escritura como ejemplo entre otros, en su conocido tratamiento como sistema de representación y objeto de conocimiento, cf. Ferreiro y Teberosky, 1979; Ferreiro, 1991), a la atención a los procesos de interacción como unidad de análisis. Esto implicaba atender a las modalidades de construcción de los sujetos puestos en escena, es decir, en interacción con objetos específicos, de allí la atención, por ejemplo, al tipo de hipótesis específicas que producen los sujetos sobre los sistemas notacionales y, en particular, la escritura. Desde esta perspectiva gran cantidad de las demoras y dificultades de la adquisición escolar de la escritura, pasarían por el despliegue de estrategias de enseñanza poco sensibles o ignorantes de aquellos procesos constructivos y, al fin, tal ignorancia llevaba, a su vez, a una no ponderación de lo que podían considerarse logros de los alumnos, pero no legibles desde una mirada tradicional que sólo podía valorar los logros coincidentes con la escritura convencional. Del mismo modo, las dificultades para aprender podían entenderse sobre la base de la historia pobre o variada de los sujetos con el objeto escritura –es decir su familiaridad con las prácticas de escritura- y no sobre la sospecha primera de la portación de algún déficit madurativo, lingüístico o cultural (Weisz, 2010).

Un segundo momento, es el del giro situacional del sujeto a la situación en tanto escolar (Baquero, 2012). Este giro refiere al ascenso de los trabajos vigotskianos o neo vigotskianos. En el giro situacional encontramos una preocupación persistente por

atrapar la especificidad de los modos de desarrollo subjetivo o posiciones subjetivas en interacción con la especificidad de los escenarios culturales, en nuestro caso educativos/escolares y los mediadores semióticos puestos en juego. Como se comprenderá esto llevará a una ponderación por tanto, específica, de las situaciones en tanto escolares y de las posiciones subjetivas que allí se producen (Daniels, 2010). Como señala Packer (2019) ya incluso en una primera fase del desarrollo de la psicología cultural los investigadores advirtieron que las habilidades psicológicas que suponían naturales estaban en realidad vinculadas con las prácticas e instituciones propias de cada cultura. Posteriormente, se fue logrando más consenso sobre esa idea y sobre la apreciación de las diferentes trayectorias de desarrollo que los niños siguen en diferentes culturas.

Baquero (op. cit) advierte sobre cierto límite muchas veces en la figura de una suerte de individuo auxiliado por la actividad intersubjetiva/pedagógica que no permite atrapar con seriedad que se trata de un sujeto apropiándose de una práctica cultural compleja, participando de ellas, en el sentido de ser parte que bien ha destacado Rogoff (1997).

Para luego señalar que:

El giro en las unidades de análisis de ambos paradigmas, que nos llevan a escapar del mito del individuo (Benasayag y Schmidt, 2010) y de las miradas escisionistas en la explicación psicológica (Castorina y Baquero, 2005), abren la puerta para comprender que las posibilidades de aprendizaje de los sujetos se definen no sobre la sola base de las supuestas competencias y capacidades individuales, sino sobre esa combinatoria compleja que expresan las relaciones entre sujeto y situación. (Baquero, 2012, p.18)

El giro contextualista propone en la revisión de las unidades de análisis, pasar del individuo a la situación, considerando todas las especificidades y complejidades propias del escenario escolar.

Para finalizar, se puede destacar que los enfoques socioculturales comparten junto a la psicología crítica un terreno común y fundamental que es el carácter social del funcionamiento psicológico humano (Fleer et. al, 2020). La divergencia entre ambos enfoques está dada en términos de sus supuestos, métodos y temas de investigación. La importancia del diálogo entre estas dos tradiciones teóricas contribuiría a la crítica de la psicología “*mainstream*”, es decir, a todos los desarrollos que reducen las explicaciones

al plano individual, tratando de mejorar los enfoques patologizadores o normalizadores del sujeto (Parker, 2015).

3.2 El Debate Sobre La Educabilidad

El debate de la educabilidad nos sitúa en el problema de la posibilidad y el alcance de la acción educativa. La educabilidad ha sido un tema clásico en el pensamiento filosófico y pedagógico, pudiéndose encontrar tres perspectivas distintas (Baquero, 2001, 2013). Una concepción clásica que la concibe como una capacidad individual de la persona (Comenius, 1986-1632). Una segunda perspectiva que entiende que depende en gran medida de las condiciones de vida familiar o social del niño (López y Tedesco, 2002). Y una tercera postura que la entiende como efecto de la interacción entre sujetos en situaciones determinadas atendiendo particularmente a la situación en tanto escolar (Lus, 1995; Baquero, 2001, 2013). Baquero destaca que es de suma importancia considerar las concepciones acerca de la educabilidad a la hora de diseñar ofertas de educación especial o estrategias de integración, así como también comprender que la sospecha sobre la educabilidad obturada de un alumno/a responde a los límites de las acciones educativas y no a la naturaleza del sujeto y sus supuestos déficits.

Las dos primeras posiciones mencionadas ubican a la educabilidad como capacidad intrínseca del sujeto a ser educado. La primera considerada a las capacidades del aprendizaje y el desarrollo como mensurables por las técnicas de evaluación principalmente psicométricas provenientes del campo de la psicología, que evalúan el Coeficiente Intelectual o las edades mentales de los alumnos separadas del contexto. La segunda posición incluirá la influencia de aspectos contextuales sobre el sujeto, utilizando las variables de la vida familiar y las condiciones socioeconómicas. A pesar de esta consideración, se vuelve a considerar que el éxito o el fracaso dependerá del niño y su contexto, ubicando en el centro de la escena al individuo, visibilizando solamente aquello relacionado con déficit supuestamente intrapsíquicos o carencias sociales (culturales, familiares, etc.) (Frigerio, 2004; Baquero, 2001). Como señala Charcot (2008) hay dos formas de estudiar el fracaso escolar, una desde las diferencias de las posiciones entre los alumnos y la otra desde las diferencias, pero con el saber, centrada en las situaciones, las historias y las experiencias de los alumnos. La primera

evalúa las diferencias en términos de notas, de indicadores, de éxito, de años de retraso, de lugar en un sistema jerarquizado, recurriendo a la estadística y llegando a la conclusión de que la causa del fracaso es la condición de origen social, pensando la diferencia como falta. La segunda, toma los fenómenos empíricos de la experiencia del alumno, las diversas situaciones en que encuentran algunos alumnos en un momento determinado de su historia escolar, las actividades, conductas y discursos que se producen.

La tercera perspectiva, en cambio, propone quitar la mirada de lo individual para estudiar la situación de aprendizaje. La educabilidad pasa a ser entonces efecto de la relación del niño con la escuela, como la “delimitación de las condiciones, alcances y límites que posee potencialmente la acción educativa sobre los sujetos particulares en situaciones definidas” (Baquero, 2001, p.72)

Por lo tanto, es de fundamental importancia analizar desde qué mirada se efectúan las prácticas de diagnóstico e intervención desde el dispositivo escolar acerca de los alumnos con dificultades de aprendizaje. Si la concepción clásica prima, la unidad de análisis será un recorte individual y fragmentario de sujeto, basado en sus defectos o imposibilidades de adquisición y producción. Si, por el contrario, el eje de análisis se corre hacia una mirada situacional, el alumno será visto siempre en relación con su contexto, pudiendo estudiar y visibilizar todas las interacciones que desempeñan un papel fundamental para el aprendizaje y el desarrollo de los niños.

Tercera Parte: Análisis E Interpretación De Los Datos

1. Breve Descripción De Los Casos Estudiados

A continuación, se describirán sucintamente los 3 casos estudiados⁸. Se consignarán los hitos principales de su trayectoria escolar en función de (1) las evaluaciones y diagnósticos realizados, (2) las medicaciones prescritas, (3) las indicaciones referidas a la modalidad de inclusión (maestro/a integrador/a y/o Proyecto Pedagógico Individual), (4) los gustos e intereses del niño, (5) su situación actual en la escuela y otros datos que se consideran relevantes.

1.1. Caso Pedro

Pedro tiene 12 años y cursa 7mo. grado en una escuela privada de CABA. Vive con sus padres y sus 2 hermanos. Asiste a la misma escuela desde sala de 3 del Nivel Inicial. A los 3 años le detectaron miopía, debido a lo cual empezó a usar anteojos.

Su primera consulta con el neurólogo infantil fue a los 3 años. La escuela les pidió a sus padres que lo llevaran al pediatra ya que, según relata la psicopedagoga del EOE: “No tenía lenguaje, al menos acá en la escuela, no sostenía la mirada, se alejaba del grupo, no iba incorporando los hábitos” (P2:2). La devolución que obtuvieron los padres de esas consultas es que Pedro tenía un problema de dispersión.

A los 4 años de Pedro se realizó una primera evaluación neuropsicológica, arrojando como conclusión cierto “... déficit atencional” y “... compromisos cognitivos que influyen en su aprendizaje” (P18:1 y P:18:2). Ese año empezó diversos tratamientos: terapia ocupacional, psicología y psicopedagogía.

Cuando tenía 5 años se decidió obtener el certificado de discapacidad. En dicho certificado se diagnosticó a Pedro con Retraso Mental Leve, F70.9 (317), según la nomenclatura del DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002). En ese momento Pedro comienza a transitar su escolaridad con una maestra integradora, manteniéndose hasta la actualidad.

En primer grado se sumó fonoaudiología, al mismo tiempo que se mantenían realizando consultas con el neurólogo regularmente. En ese momento, a sus 6 años, se lo medicó con Metilfenidato (medicación estimulante del sistema nervioso central), manteniéndose hasta la actualidad.

⁸ Los nombres utilizados son ficticios para resguardar la confidencialidad.

En 5° grado se renovó su certificado de discapacidad, siendo diagnosticado en ese momento con “Retraso Mental Leve. Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares y Deterioro del Comportamiento de grado no especificado” (P15:1).

En la actualidad Pedro continúa con 3 tratamientos: grupo de habilidades sociales, psicología y psicopedagogía. En la escuela disfruta mucho de teatro, donde según sus padres y docentes se muestra menos tímido y más interactivo. Además, asiste al mismo club que sus padres donde juega al fútbol desde hace un tiempo.

Para el secundario, tanto la escuela como sus padres planean que continúe en el mismo colegio.

1.2 Caso Juan

Juan tiene 6 años y cursa 1er. grado en un colegio privado de CABA. Asiste a la misma escuela desde Nivel Inicial. Sus padres están separados desde que él tenía 10 meses. Según su padre siempre fue “muy inquieto”:

Padre: ... de treparse, se salía de la cuna solo, habría un cajón, otro, otro, muy inquieto. No había forma de pararlo, pero bueno uno lo tomaba como que era un nene inquieto. En sala de 2 empezó a ser más inquieto de lo normal, y en sala de 3 ya tenía ataques de ira, rabia, muy inquieto, le gritaba a las maestras. Eso pasaba en el jardín, en mi casa, en la casa de la madre. P5:2

La primera consulta de Juan fue en sala de 4 a partir de que la escuela observara, en palabras de la directora, que:

DIR: ... siempre tenía como conductas que llamaban la atención, en cuanto a impulsividad y demás, pero bueno, era manejable. Hasta que llegó un punto, sala de 4, en donde se empezó a complicar porque el nene más grande, empezaba a tener impulsos, enojos, en donde los compañeros le empezaron a tener miedo. Empezaron a haber cuestiones sociales, no cognitivas, que obstaculizaban el aprendizaje, es ahí en donde pedimos intervención al padre porque algo había que hacer. P3:3

En un primer momento, en sala de 3, los padres comenzaron a asistir a orientación a padres. Al no obtener los resultados que esperaban y por pedido del colegio decidieron consultar con un neurólogo a los 4 años de Juan. El neurólogo lo diagnosticó con TDAH, les indicó realizar un tratamiento “desde una perspectiva

cognitivo-conductual” y les sugirió obtener el certificado de discapacidad para conseguir la cobertura económica de los tratamientos y el maestro/a integrador/a.

En preescolar comienza a asistir a la escuela con una maestra integradora. Se sucedieron episodios de agresión de Juan hacia la misma, por lo que se decidió poner un maestro integrador varón. Según el relato del padre, a raíz de su demanda al equipo de profesionales que lo estaba atendiendo se decidió consultar con un psiquiatra infantil. Desde ese momento se comenzó a medicarlo con Aripiprazol (antipsicótico).

Actualmente, de acuerdo con la visión del padre y la docente de primer grado, no presenta mayores dificultades en la escuela. Debido a su nivel cognitivo no presentó nunca problemas de rendimiento y ahora puede dominar mejor sus enojos. Continúa asistiendo a la escuela con su maestro integrador. Además, realiza fútbol y tae-kwon-do, donde su comportamiento “es bárbaro”, según relata el padre (P5:60).

1.3 Caso Carlos

Carlos asiste a 7mo. grado de una escuela privada de CABA. Vive con sus padres y sus 2 hermanos/as (son trillizos). Al momento de la toma de los datos va a la misma división junto con su hermano, mientras que su hermana cursa en la otra división. El niño cursó el nivel inicial en una escuela privada de CABA, la cual le dijo a los padres que no les sugería continuar su escolaridad allí ya que utilizaban un método muy tradicional de enseñanza. Debido a esto, los padres lo cambiaron de escuela, iniciando 1er. grado en el colegio al que asiste actualmente.

Al iniciar 1er. grado Carlos se dormía en la escuela. A partir de esto y otras cuestiones que llamaban la atención de los/as docentes se les solicitó a los padres que hicieran una consulta con el pediatra. El pediatra no halló ningún compromiso orgánico y lo derivó al neurólogo. En ese momento se diagnosticó a Carlos con “Déficit Atencional Bajo” y luego con un “Cuadro Compatible con Trastorno por Déficit de Atención” (P33).

Posteriormente la escuela comenzó a considerar el diagnóstico de Retraso Madurativo de 2 años como orientación para trabajar las actividades del niño, sin que hubiera una documentación en el legajo donde constase dicho diagnóstico.

A Carlos se le realiza un Proyecto Pedagógico Individual (PPI) donde se adaptan los contenidos a alcanzar por grado. En este documento se consigna “Déficit de Atención” como diagnóstico.

Desde 4to. grado el niño asiste a la escuela con una maestra integradora.

En 1er. grado y de 3ro. a 5to., se le dio una medicación para intentar resolver el problema de que se dormía en la escuela.

Carlos disfruta mucho de ir al campo y de los animales. Actualmente, la escuela y el equipo de profesionales externos que lo atiende consideran que no es conveniente que continúe el secundario en el mismo colegio, sugiriéndole a los padres que busquen un bachillerato “más sencillo” (P7:49).

2. Los Procesos Institucionales De Detección, Diagnóstico Y Elaboración De Estrategias De Inclusión Escolar

En este apartado del análisis de datos se describirán los mecanismos y procesos institucionales, -hallados en las escuelas de gestión privada de CABA estudiadas-, de: (1) detección de los alumnos/as que presentan dificultades en el colegio, (2) derivación para realizar un diagnóstico por fuera de la institución escolar y, por último, (3) la devolución de ese diagnóstico a la escuela y la elaboración de estrategias de inclusión escolar. En todos estos procesos participan diferentes actores que irán siendo detallados en cada instancia.

Se retomará la Res. CFE N°311/16 referida anteriormente (CFE, 2016), ya que es la normativa federal acerca de “Promoción, acreditación, certificación y titulación de los estudiantes con discapacidad” a la que adscribe La Dirección General de Educación de Gestión Privada (DGEGP). Dicha normativa resalta que es la escuela la responsable de: “Brindar herramientas, saberes específicos, configuraciones de apoyo y ajustes razonables, en los términos de la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad” (Art. 2°). Por “escuela” la normativa entiende la conformación de “Equipos Educativos” interdisciplinarios o transdisciplinarios (que deben ajustarse a las diferentes normativas jurisdiccionales), incluyendo a los supervisores, docentes y directivos. Estos “Equipos Educativos” en las escuelas de gestión privada de CABA estudiadas se conforman por psicólogos/as y/o psicopedagogos/as que son contratados de forma privada por aquellos que gestionan los institutos, siendo sus funciones establecidas por la dirección de la escuela. Estos equipos no tienen una denominación oficial en el ámbito privado, por lo que serán denominados a los fines de esta tesis como Equipos de Orientación Escolar (EOE), ya que así se denominan oficialmente los equipos del ámbito público de educación en CABA. Cabe aclarar que los EOE pertenecientes al sector público tienen otras configuraciones y difieren en su funcionamiento con los del sector privado, pero también están conformados por diversos profesionales del área psicoeducativa.

En resumen, son los EOE en conjunto con los supervisores, directivos y docentes quienes deben garantizar los derechos de las personas con discapacidad en el ámbito de las escuelas de gestión privada de CABA. Deberán además hacer copartícipe a la familia de la persona y establecer relaciones con los profesionales externos al

sistema educativo que realicen el acompañamiento del niño/a. Se vuelve a recordar aquí que los aportes o sugerencias de los profesionales externos no implican condicionamiento a la decisión por parte de la institución educativa de desarrollar tal o cual acción o estrategia educativa, teniendo un carácter meramente orientativo o consultivo (Art. 14°).

A continuación, se presenta un breve resumen del circuito de los procesos institucionales de detección, diagnóstico e implementación de estrategias de inclusión escolar que se desarrollarán en detalle en este apartado (Tabla 5). Se utilizan términos sintéticos como “escuela”, -que incluye diversos actores de la institución-, en el circuito de derivación para presentar una visión preliminar de cómo funcionan los mecanismos institucionales. Posteriormente en el detalle de cada instancia se especificará quiénes son los actores involucrados y las formas en que se dan las diferentes acciones.

Tabla 5. Resumen de procesos institucionales de detección, diagnóstico e implementación de estrategias de inclusión escolar

Circuitos /Casos	Detección	Derivación a Consulta y Diagnóstico	Tratamientos Externos	Estrategias de inclusión escolar
Pedro	Sala 3 NI (Docente avista dificultades e informa a EOE interno y Directivos)	Escuela sugiere consulta con el pediatra. Pediatra sugiere consulta con neurólogo. Neurólogo indica evaluación psicopedagógica.	Sala de 4 (NI). Terapia Ocupacional 1er. Grado. Fonoaudiología. 7mo grado (Actualidad). Grupo de Habilidades sociales Psicología. Psicopedagogía	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de 5 (NI). Incorporación de Maestra integradora. • Adaptaciones curriculares de acceso y de contenido • Reducción horaria (turno mañana solamente en NI)
Juan	Sala 4 NI (Docente avista dificultades e informa a EOE interno y Directivos)	Sala 4. Escuela sugiere orientación a padres. Luego consultan con el neurólogo. Neurólogo indica tratamiento cognitivo-conductual	Psicología Orientación a padres	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de 5 (NI). Incorporación de Maestra integradora. • Configuraciones de apoyo sociales/actitudinales • Reducción horaria (turno mañana solamente en NI)
Carlos	Nivel Inicial (EOE realiza informe de ingreso escolar. Directora de Escuela Primaria recupera referencia de los padres acerca del motivo de cambio de escuela entre NI y primario)	1er. Grado se deriva a pediatra. Luego padres consultan con neurólogo. Neurólogo deriva a evaluación psicopedagógica	Psicología Psicopedagogía Maestra particular en domicilio	<ul style="list-style-type: none"> • 3er. Grado. Incorporación de Maestra integradora. • Elaboración anual de PPI (incluye configuraciones de apoyo de acuerdo con las barreras didácticas y proceso de evaluación particularizado) • Reducción horaria (solo turno mañana, reducción de carga horaria de la asignatura inglés)

Nota. Abreviaturas: NI (Nivel Inicial); PPI (Proyecto Pedagógico Individual). La terminología utilizada acerca de las configuraciones de apoyo y el PPI corresponde a la Res. CFE N°311/16: “Promoción, acreditación, certificación y titulación de los estudiantes con discapacidad” (Consejo Federal de Educación, 2016).

2.1 Etapa 1: Mecanismos De Detección Y Derivación

El proceso de diagnóstico del TDAH, -al igual que de otras problemáticas de desarrollo y aprendizaje en la infancia-, comienza por la detección de las primeras conductas fuera de los parámetros esperados por el Nivel Inicial, en comparación con las pautas culturales específicas de desarrollo consideradas normales por cada cultura. Es así que se puede observar en los 3 casos analizados, cómo son los docentes los primeros en señalar las dificultades del niño.

***EOE (PSP):** Empezó con nosotros en sala de 3. Lo que sí vimos desde primer momento que tenía conductas que llamaban mucho la atención. No tenía lenguaje, al menos acá en la escuela, no sostenía la mirada, se alejaba del grupo, no iba incorporando los hábitos, a pesar de que las maestras iban focalizando expresamente en eso. No había registro de esto. Fuimos hablando con la familia, los papás nos contaban otra historia en cuanto a que el nene sí tenía lenguaje, a nosotros nos costaba muchísimo ir armando esta historia. P2: Psicopedagoga - 2:1 [Caso Pedro]*

***DIR:** El nene vino acá desde muy chiquito y siempre tenía como conductas que llamaban la atención, en cuanto a impulsividad y demás, pero bueno, era manejable. Hasta que llegó un punto, sala de 4, en donde se empezó a complicar porque el nene más grande, empezaba a tener impulsos, enojos, en donde los compañeros le empezaron a tener miedo. P 3: Directora1 - 3:3 [Caso Juan]*

Es en el Nivel Inicial en donde se comienzan a observar conductas que llaman la atención de las docentes. Los niños no se adaptan a lo esperable de la rutina escolar, a pesar de los intentos de las docentes, y en algún punto esto le genera algunas complicaciones a la escuela, a partir de las cuales comienzan a activar mecanismos específicos de derivación.

Incluso se observa en el caso de Carlos que a pesar de que el niño no hizo la escolaridad inicial en la misma escuela que la primaria, el proceso de detección se había iniciado igual, arrastrándose hacia la siguiente escuela.

***DIR:** El jardín ya había detectado algo en Carlos que iba fuera de los parámetros de lo que uno espera en la media, pero nunca se lo explicitó así a los padres. Nunca les pidieron una consulta ni psicológica, ni psicopedagógica ni neurológica ni nada. Ni que consulten con el pediatra. El jardín los invitó diplomáticamente a que no continúen la escolaridad ahí, diciéndoles que ellos usaban un método muy tradicional de enseñanza. P 7: Directora2 - 7:2. [Caso Carlos]*

Se podría decir entonces que, en los casos analizados, el Nivel Inicial es el ámbito temprano de detección de las conductas de los niños y niñas que no cumplen con lo esperable dentro de ese contexto, siendo los docentes los primeros en vislumbrar estos comportamientos e informarlos a los directivos de la escuela. Las conductas que son distinguidas por los docentes son referidas como “conductas que llaman la atención” o por “fuera de los parámetros de la media” en diversas áreas de comportamiento del niño: lenguaje, mirada, comportamientos sociales con los compañeros, impulsividad, enojos y hábitos no adquiridos. Son los directivos, -tomando como fuente principal los dichos de los docentes y utilizando al EOE interno de la escuela como instancia de consulta orientativa-, quienes luego citan a los padres para transmitirles estos aspectos evolutivos que se aprecian por fuera de los parámetros normativos, así como también para solicitarles que realicen una consulta por fuera de la institución escolar.

Se describe a continuación los diversos caminos por los cuales se hicieron estas primeras consultas con los profesionales externos.

Caso Pedro

Las conductas observadas fuera de los parámetros normativos en Pedro tenían que ver con que no tenía lenguaje, no sostenía la mirada, se alejaba del grupo y no adquiría hábitos (P2: Psicopedagoga.docx - 2:1). De estas observaciones, se asume que la psicopedagoga del EOE junto con la directora de la escuela les sugirieron a los padres, con “insistencia” según sus palabras, que consultaran con el pediatra.

***EOE (PSP):** Nosotros primero fuimos viendo y hablamos con los papás para que hicieran consulta en estos indicadores que nos llamaban mucho la atención. Fueron al pediatra, el pediatra los mandó al neurólogo, el neurólogo volvía diciendo que estaba todo bien. Íbamos y veníamos desde sala de 3 hasta sala de 5 pasó un lapso importante. Por ahí entre un encuentro y otro pasaban 2 meses y volvíamos a insistir con mucho cuidado porque para los papás es muy duro que te estén marcando algo de tu hijo. P 2:Psicopedagoga – 2:2 [Caso Pedro]*

A modo de resumen de esta primera etapa del proceso institucional de incorporación de un alumno a la modalidad de inclusión educativa, se encontró que en primera instancia son los docentes quienes definen qué alumnos deben ser derivados a una consulta, de acuerdo a sus observaciones áulicas de parámetros esperados del desarrollo que no se presentan y/o conductas que “llaman la atención” en comparación con el resto de los niños/as. Posteriormente informan estas observaciones al EOE

interno de la escuela y a los directivos. El EOE actúa de diversas maneras, encontrándose en todos los casos las tres primeras acciones siguientes y en uno solamente las cuatro: (1) observaciones de los alumnos en clase, (2) la realización de entrevistas con las docentes, los directivos y/o las familias del niño/a, (3) el establecimiento de contactos con profesionales externos que ya estuvieran trabajando con el alumno y, por último, (4) realizando evaluaciones o *tests* psicológicos o psicopedagógicos con fines orientativos. De allí el EOE extrae sus propias conclusiones sobre el niño y las informa a directivos y docentes desde un rol consultivo. Son los directivos quienes deciden convocar luego a las familias de los alumnos para sugerir una consulta con profesionales externos, teniendo en cuenta las observaciones realizadas por sus docentes e integrantes del EOE interno. En dos de los casos estudiados se sugirió la primera consulta externa con el pediatra, mientras que en el caso restante comenzó con una consulta con un profesional de la psicología.

Caso Juan

En el caso de Juan, la averiguación de a qué profesional externo al colegio debían consultar corrió en primera instancia por cuenta de los padres, siendo que lo primero que hicieron fue “orientación a padres (...) con una psicóloga de la prepaga” (P5: Padre2.docx [Caso Juan]). Posteriormente, la directora refiere haber acompañado el proceso por el que el padre llegó al neurólogo, pero destacando que fue el padre quien buscaba un profesional que lo pudiera medicar, de acuerdo con su experiencia personal en su infancia.

DIR: *En sala de 4 fue donde se toma conciencia que había que prepararlo para una primaria donde las condiciones son otras, estar sentando toda la mañana... Bueno... Ahí el padre es donde comienza a hacer consultas, llega al neurólogo. El padre siempre se sintió identificado con lo que le estaba pasando al nene. Él decía: 'Yo era igual hasta que me medicaron. Cuando me medicaron se terminó el problema'. Entonces él siempre iba en búsqueda de alguien que le dijera: 'Tu hijo tiene tal cosa, hay que medicarlo'. Eso no fue así obviamente, porque cuando se llegó al diagnóstico había todo un tratamiento previo que se hacía acá con acompañamiento en el colegio. Entonces el tratamiento se inicia, empieza una terapeuta a acompañarlo, los impulsos seguían increyendo cada vez más. P 3: Directora1 - 3:4 [Caso Juan]*

En los casos de Carlos y Pedro se consultó en primera instancia con un profesional de la medicina (pediatra o neurólogo), estando involucrada la participación del EOE como orientadores de los directivos.

Caso Carlos

La escuela de Carlos tiene establecido como protocolo de ingreso de sus alumnos un encuentro con algún integrante del EOE propio de la escuela. En este caso fue la psicóloga quien, -según la directora de la institución y como consta en el legajo-, le realizó algunas pruebas pedagógicas y psicológicas, elaborándose el siguiente informe:

Informe de ingreso escolar

Nombre y Apellido del alumno: [REDACTED]
Fecha de nacimiento: [REDACTED] **Edad:** 5 **Grado al que ingresa:** 1º
Nacionalidad: Argentina
Jardín del que proviene: [REDACTED]

Dinámica familiar
 [REDACTED] vive con su mamá [REDACTED]
 Su papá: [REDACTED]
 sus hermanos: [REDACTED]

Características según sus padres
 Es alegre, sensible, conversador, cariñoso y compañero. Como su mayor capacidad destaca la sociabilidad y como dificultades expresan la dispersión y la dificultad para aceptar límites.

Intereses
 Le gustan los juegos, los helados, las narraciones y los dibujos animados.

Escolaridad
 Está finalizando sala de 5 en el Colegio [REDACTED]
 No hay informes de la institución.

Elección del Colegio
 Eligieron la Institución porque quieren que los hijos reciban educación religiosa, que no sólo se instruyan si no que se formen en valores humanos.

Aspectos pedagógicos evaluados:
 En cuanto a su nivel de lecto escritura, [REDACTED] se encuentra en una etapa silábica. Escribe en minúscula de imprenta. En lo que respecta al área de la numeración, [REDACTED] no logra realizar un conteo y establecer correspondencia con la cantidad en todos los ítems presentados.

Nivel de adecuación Visomotora:
 El nivel de adecuación visomotora es acorde a su edad. Realiza un correcto copiado de figuras, aunque el tamaño de las mismas es menor. En cuanto al DFH se observa una desproporción propia de la edad. Sus producciones son prolijas y ricas en detalles.

Interpretación de consignas y tareas:
 Se sentó separado de los hermanos. Costó mantener un ritmo adecuado en sus producciones. Se quedaba mucho tiempo pensando y mirando la hoja. Cuando era convocado, podía volver a su producción y continuar la misma, logrando finalizarla.

Datos significativos y observaciones:

- Hizo tratamiento psicológico durante 2010 - 2011 por su falta de concentración.
- Aparecen en sus gráficos indicadores emocionales de ansiedad y angustia, en especial en lo que respecta a su autovaloración y autoestima.
- [REDACTED] nacieron prematuros.

Orientación / Recomendaciones

- Indagar acerca de su tratamiento psicológico. Quién pidió la derivación, quién fue el profesional (pedir datos y/o informe) para ver qué estrategias son las más adecuadas para el trabajo en el aula con él.
- Observar el vínculo con los hermanos y el resto de sus compañeros.
- Sentarlo cerca para monitorear su distracción y concentración.

[Informe de Ingreso Escolar elaborado por EOE. 1º grado. Legajo Caso Carlos]⁹

Se observa en el informe que la psicóloga del EOE recomienda indagar acerca del tratamiento psicológico previo al ingreso del alumno a su escuela. En este sentido se ajusta a la normativa de establecer vínculos con los profesionales externos al sistema

⁹ Los datos fueron borrados para conservar la confidencialidad. De aquí en adelante se hace lo mismo en todos los fragmentos o informes que se utilizan en la tesis.

educativo solo de forma consultiva ya que, como indicará la directora a continuación, la función de orientación acerca de qué consulta debe realizar el alumno una vez ingresado a esa escuela queda a determinación de la dirección (Res. CFE N°311/16, Art. 14°). Ahora bien, más allá de esta recomendación, la observación de la maestra de primer grado de Carlos termina teniendo peso por sobre la sugerencia de consulta al pediatra que la directora le realiza a los padres.

La observación de la maestra versa sobre la falta de atención, el desganado y el poco vínculo con sus compañeros (desde el relato de la directora):

DIR: ... ella [la docente] empieza a intentar juego, letras móviles y no lográbamos eh, sacarlo y traerlo a estos espacios (señala el lugar en donde estamos, unas salas aparte en un pasillo), una cuestión individualizada, no podía sostener la atención ni cinco minutos frente a un relato... Y pasaba en matemática, en prácticas del lenguaje, en las ciencias, subían al laboratorio que eso a los pibes les encanta, no quería, se lo notaba desganado, poco vínculo con sus compañeros, no malo, pero poco. P 7: Directora2 - 7:77 [Caso Carlos]

A lo que se suma que el niño se dormía en las clases:

DIR: Carlos se dormía toda la mañana, ahora, se dormía como si estuviera en la cama, se babeaba como uno cuando estás muerto. Vos imagináte que tenía otros 39 compañeros, que entraban y salían del grado, sucedía el recreo, entraba la maestra de inglés. Nada de eso alteraba su sueño. Llamamos a la familia como para averiguar si Carlos duerme bien a la noche, o si tenía alteraciones de sueño.... P 7: Directora2 -7:78 [Caso Carlos]

Según explica la directora a continuación, la decisión de la derivación para todos los alumnos en primera instancia parece ser siempre con el pediatra, aunque en otras ocasiones puede utilizar al EOE para direccionarla hacia otros profesionales, como por ejemplo del área de la psicología o psicopedagogía.

DIR: Nosotros como profesores en enseñanza primaria, si bien está la materia curriculum en y por la diversidad, y en psicología evolutiva ves bueno nada, digo, uno no es especialista. Primero, entender que nosotros podemos ver síntomas. Cosas que están fuera de la media. No diagnosticamos, no etiquetamos, para eso hay profesionales específicos de cada área. Entonces lo primero que hacemos es la derivación al pediatra. Empezamos por ahí. No obstante, como tenemos el equipo de orientación, ellas dicen me parece que esto va más por neurología o por psicología, entonces damos una orientación. P7: Directora2 - 7:57. [Caso Carlos]

Sin embargo, en el caso específico de Carlos, parece haber tomado más peso el hecho de que se dormía, por lo que la primera consulta que se sugirió fue con el pediatra.

DIR: Debemos reconocer que desde el minuto cero esta familia todo lo que nosotros pedimos, hizo. Consultar al pediatra, un chico que físicamente no tenía nada, no es que se dormía porque estaba débil. El pediatra hace una batería de tests, desde lo biológico nada, pero sí pide una consulta con neurología. Ahí se hace todo el estudio de sueño y demás. Y el neurólogo después pide una interconsulta con psicopedagogía y empiezan a trabajar en conjunto. Y ahí es donde aparece el primer diagnóstico de ADD. P7: Directora2 – 7:58 [Caso Carlos]

El circuito de diagnóstico que está allí detallado será analizado en el apartado siguiente (§2.2). Lo que se quiere dejar evidenciado aquí es que el primer paso de la derivación luego de las primeras sospechas de dificultades en la adaptación o el desempeño escolar del niño es dirigida al pediatra, quién es en realidad un representante del saber biomédico.

2.2 Etapa 2: Proceso Diagnóstico

Esta segunda instancia comienza cuando la familia realiza la consulta con un profesional externo a partir del pedido de la escuela.

Madre: Así fue como llegamos al diagnóstico. Fuimos al pediatra, nos derivó al neurólogo infantil. Él le hizo unos estudios ahí en el consultorio y una batería de test. El mayor problema de él es una dispersión que tiene. Lo que me contaban acá también las maestras era que se distrae con cualquier objeto que haya en el ambiente. Eso y períodos cortos de atención. P 1: Padres1 - 1:3. [Caso Pedro]

El derrotero para llegar al diagnóstico puede implicar diferentes consultas y profesionales que no siempre coinciden en sus miradas y visiones sobre las dificultades que presenta el niño. En el caso de Juan, los padres comenzaron con una consulta psicológica donde se les indicó que ellos debían trabajar en orientación a padres, hasta terminar en un neurólogo que les dio un diagnóstico correspondiente al DSM-V (APA,2014) y un folleto con sugerencias para ellos y la escuela.

Padre: Ahí empezamos a averiguar. Primero nos dijeron que hiciéramos orientación a padres porque teóricamente era como que nosotros no sabíamos cómo manejarlo. Nos mandaron a orientación a padres con una psicóloga de la prepa. Un desastre, no sirvió de nada. Hasta que bueno, Juan estaba cada vez peor y en la escuela nos recomendaron un gabinete psicológico psicoanalítico. P 5: Padre2 - 5:5 [Caso Juan]

En este caso, al no obtener resultados en la escuela, se vuelve a derivar a un lugar específico con una corriente de trabajo en particular para ver si el niño mejoraba. Continúa relatando el padre que luego un amigo le recomendó un neurólogo:

Padre: *Por un amigo de la secundaria conseguí el celular particular, y como ellos eran muy amigos entre ellos me llamó el neurólogo a mí por teléfono. Estuvimos como una hora hablando por teléfono. Lo llevé, nos escuchó a nosotros 2 hablar [el padre y la madre de Juan], todo lo que nos pasaba, me dijo ahora me quiero quedar solo con Juan 40 minutos o 20 minutos no sé. Salimos y nos dio un flyer, y nos dijo su hijo tiene esto. Tiene TDH. Nos explicó lo que era, nos dijo léanlo, lamentablemente la terapia que están haciendo no sirve para nada. Esto tienen que buscar un grupo de alguien que haga Terapia Cognitivo Conductual, tienen que hacer Orientación a Padres. P 5: Padre2 - 5:18 [Caso Juan]*

Se observa que el neurólogo desestima la consulta que estaba en curso actualmente, aconseja volver a una de las primeras indicaciones (orientación a padres) y luego indica otra corriente de terapia, en este caso, la cognitivo-conductual. El diagnóstico realizado por el neurólogo no requirió ninguna técnica diagnóstica ni interconsultas con profesionales del área de la psicología o psiquiatría, sino que se basó únicamente en el juicio clínico de la evaluación hecha por el mismo. La evaluación hecha de esta manera responde a las normas establecidas por el DSM-V (APA, 2014), que permiten diagnosticar solamente con la constatación de determinada cantidad de las conductas tipificadas para cada trastorno (el TDAH en este caso). Esta forma de diagnosticar opera descontextualizando las situaciones y conductas que dieron origen a la consulta, siendo que la evaluación se realiza en poco tiempo (comparado con las jornadas escolares del niño), dentro del consultorio del neurólogo (fuera del contexto escolar) y siendo únicamente el profesional el que determina la normalidad o anormalidad de las conductas.

En el caso de Carlos, se da al revés, se acude en primer lugar a los estudios médicos, para luego de descartar anomalías fisiológicas llegar a una consulta del área de la psicología.

DIR: *Consultar al pediatra, un chico que físicamente no tenía nada, no es que se dormía porque estaba débil. El pediatra hace una batería de tests, desde lo biológico nada, pero sí pide una consulta con neurología. Ahí se hace todo el estudio de sueño y demás. Y el neurólogo después pide una interconsulta con psicopedagogía y empiezan a trabajar en conjunto. Y ahí es donde aparece el primer diagnóstico de ADD. Esto fue en segundo grado porque lleva tiempo. P 7: Directora2 - 7:13. [Caso Carlos]*

En los 3 casos se destaca la aplicación de baterías de tests o pruebas por parte del neurólogo a los niños, no presentándose ningún compromiso orgánico o fisiológico ni detallando el tipo de pruebas realizadas por los mismos, según lo relatado por los padres de los niños, sus docentes y los directivos de la escuela. Luego de esto se deriva a los profesionales del campo de la psicología o psicopedagogía para un diagnóstico que se corresponda con el DSM.

***Madre:** El diagnóstico es Retraso Mental Leve, del diccionario que usan uds. La primera vez lo hicimos a los 5 años y renovamos hace 2 años creo. Y ahora tenemos que volver a evaluar a fin del año que viene. En el último nos pusieron que era... no recuerdo exactamente, pero el mismo diagnóstico, pero en las habilidades escolares como orientado a la escuela. P 1: Padres - 1:14. [Caso Pedro]*

Se resalta también la falta de información acerca de las pruebas y baterías que se aplican al niño, siendo devuelto a los padres o la escuela únicamente explicaciones acerca de fallas en la atención. Es decir, las pruebas o estudios realizados por los pediatras o neurólogos cuentan únicamente con una devolución oral breve de sus resultados. La diferencia con las pruebas del ámbito psicológico o psicopedagógico es que los profesionales generalmente desprenden informes para la escuela y/o realizan entrevistas de devolución con los padres del niño. Esta parte del proceso diagnóstico será ampliada en el apartado §3 del análisis de datos.

2.3 Etapa 3: Implementación De Estrategias De Inclusión Escolar

A partir del proceso diagnóstico, los profesionales externos que fueron consultados por los padres sugieren estrategias para llevar a cabo en el ámbito escolar, además de indicar tratamientos externos para el niño. Por otro lado, la escuela por medio de acuerdos internos entre docentes, directivos e integrantes del EOE realiza también sugerencias de estrategias a la familia y/o al equipo de profesionales externos que trabaja con el niño para favorecer su inclusión en el ámbito escolar. Se recuerda que las sugerencias de los profesionales externos hacia la escuela tienen carácter consultivo, siendo los miembros del Equipo Educativo de la escuela quienes determinan qué acciones tomar en torno de favorecer el aprendizaje de los niños (Res. CFE N°311/16, Art. 14°)

Las principales estrategias utilizadas en los casos estudiados son: la incorporación de un maestro/a integrador/a a la jornada escolar del niño; la realización

de terapias o tratamientos fuera de la escuela; el desarrollo de un Proyecto Pedagógico Individual (PPI) de acuerdo con la normativa escolar (CFE, 2016); y la reducción horaria o de jornada, intervención que se aplica incluso previa a la etapa diagnóstica.

2.3.1 Incorporación De Maestro/A Integrador/A

Para comenzar este apartado se debe aclarar una diferencia de nomenclatura entre las escuelas de gestión pública y las de gestión privada. En los casos estudiados se menciona la figura de una “maestra/o integrador/a”. En la normativa del CFE (2016) a la que adscribe la DGEGP se hace mención a la figura de “docente integrador” o “maestro de apoyo a la inclusión”. Su rol consiste en trabajar en conjunto con la docente de grado en el armado de la propuesta curricular del estudiante (la organización de contenidos, secuenciación, temporalización e introducción de complementariedad), las configuraciones de apoyo y los procesos de evaluación (criterios específicos, instrumentos adecuados y temporalización personalizada) (Res. CFE N°311/16, Anexo II, ptos. 14 y 20). A continuación, se describirán los datos obtenidos de la función de la maestro/a integrador/a en las escuelas de gestión privada estudiadas.

Retomando los procesos institucionales de incorporación de un alumno/a la modalidad de inclusión educativa, la estrategia de incorporación de un maestro/a integrador/a surge en las prácticas estudiadas por pedido de la escuela. En el caso de Carlos, como se relata a continuación, se realiza el pedido luego de que la escuela implementara un recurso previo y propio de incorporar una maestra auxiliar que estuviera mayormente a disposición de auxiliar al niño.

***EOE (PS):** ... en primer grado hay una pareja pedagógica, en segundo grado hay una auxiliar que va ayudando y en tercero quisimos sostener este mecanismo con un docente que estaba de auxiliar, pero a nosotros nos cuesta muchísimo sostenerlo porque a veces hay que cubrir otro grado. Entonces a partir de ahí empezamos a pensar la posibilidad de la integración, y con los profesionales externos de Carlos estuvieron de acuerdo y también con la familia que estuvo de acuerdo. La integración tenía que ver con la posibilidad de mediar justamente, para lo que es el proceso de aprendizaje, acompañarlo desde ahí, adecuar algunas actividades, sobre todo aquellas que generaban mayor extensión y también dividir en pasos por ejemplo algunas situaciones problemáticas. P10:PsicólogaEOE - 10:4. [Caso Carlos]*

La profesional del EOE explica que, en 1er. grado, dadas las condiciones de esa institución, había una maestra auxiliar que se ocupaba de mediar entre el alumno y la situación áulica de aprendizaje. A partir de la ausencia al inicio de 3er. Grado de esta

maestra dedicada casi exclusivamente al niño, se solicita entonces a la familia y al equipo de profesionales externos la presencia de una maestra integradora.

Lo mismo ocurre en el caso de Pedro, en este caso relatado por la madre:

Madre: *Los primeros años fueron bastante duros. Se logró a partir de mitad de preescolar que tuviera una maestra integradora. En sala de 4 hubo una de las auxiliares que se dedicaba exclusivamente a él. Pero ya era insostenible la situación. P 2: Padres - 2:3 [Caso Pedro]*

Se observa que una de las primeras intervenciones previas al diagnóstico del niño, -de estas escuelas de gestión privada en particular-, es la asignación de una maestra (auxiliar) al cuidado único del niño.

La incorporación de la maestra integradora implica movilizar algunos mecanismos administrativos y económicos. A raíz de este motivo la directora explica:

DIR: *Entonces ahí la mamá se enoja mucho porque hay que sacar un certificado de discapacidad para poder tener una maestra integradora. Yo entiendo que es muy doloroso, pero bueno el papá también lidera esto con mucho dolor y demás, y sacan el certificado de discapacidad. La prepaga da el visto bueno para la maestra integradora. Nosotros hasta el momento no teníamos ninguna experiencia de integración. P 7: Directora2 - 7:31. [Caso Carlos]*

En este caso el certificado de discapacidad aparece como requisito para obtener la cobertura económica por parte de la obra social o prepaga de la maestra integradora.

De la misma manera, el papá de uno de los alumnos recuerda la sugerencia que le dio el neurólogo luego del diagnóstico:

Padre: *Le preguntamos si nos podía recomendar a alguien y él nos dijo que las terapias son muy caras, yo vi gente que ha perdido la casa por no querer sacar un certificado de discapacidad. Tramiten el certificado de discapacidad sino no van a poder pagar las terapias, es mucho dinero que se necesita por mes y además tiene beneficios para él. P 5: Padre2 - 5:18 [Caso Juan]*

El certificado de discapacidad surge en estos casos como una necesidad administrativa y económica para cubrir los apoyos que son indicados para los niños diagnosticados en este caso con TDAH, como podría serlo también para otros trastornos o dificultades de aprendizaje de la infancia.

La presencia de una maestra integradora en las escuelas de gestión privada tiene la particularidad de que, si bien está trabajando en la escuela, no forma parte de plantel oficial, sino que se la considera como personal externo, dependiendo de la cobertura de

salud que tenga la familia (obra social o prepaga). Esto se diferencia la figura del docente de apoyo a la inclusión en las escuelas de gestión pública, que depende de la modalidad de educación especial del ámbito de la de educación pública (CFE, 2016). A partir de esto las docentes de grado relatan sus experiencias personales de encuentro y coordinación de las prácticas con las docentes integradoras:

Docente: *Igual como estaba con la maestra integradora [la directora] me dijo habló con ella y se ponen de acuerdo si tienen que hacer alguna adaptación. Me dijo como que las adaptaciones se ocupaba la maestra integradora más. Si por ahí en alguna actividad yo se lo daba como más separado a él para no apabullarlo con todo junto, pero por decisión mía no sé. Y lo que evito con él son consignas muy abiertas. Hago consignas cerradas, que él sepa lo que tiene que hacer. P8: Docente Lengua - 8:9. [Caso Carlos]*

Docente: *Al principio me sentía rara de que haya otra persona en el aula, me sentía como observada, evaluada. Después uno también establece el vínculo con la integradora, podés hablar, quieras o no somos personas, nos vamos conociendo y empezás como a relajarte hasta que no te das cuenta que está. P9: Docente Matemática - 9:26. [Caso Carlos]*

Docente: *A mí algo me habían contado de que venía con la integradora, con el acompañante. Yo trato de no engancharme mucho ... Yo le dije al integrador si vos ves que hago algo que esté mal decime. Sino yo lo manejo como a los demás, salvo que el integrador venga y me diga: 'mirá mejor no le digas o anticipale'. La verdad que nunca me lo dijo. P4: Docente 1º grado - 4:2 [Caso Juan]*

Se observa que el vínculo entre la docente del grado y el maestro/a integrador/a tiene dos dimensiones: la parte pedagógica, donde se tienen que resolver las cuestiones de aprendizaje del alumno en común, y por otro lado la relación vincular entre ellos.

Sobre el vínculo que se arma entre ambas, las profesionales del EOE comentan:

EOE (PS): *Carlos empieza sin integración en la escuela, y la propuesta surge en acuerdo con los profesionales y con la familia. Él fue la primera experiencia de integración en esta primaria. Con él fuimos aprendiendo un montón. La inclusión de otro docente al principio costó, pero sobre todo por la personalidad del docente integrador y la dupla que puede armar con el docente de grado, que por la integración en sí misma. El año pasado que fue el mejor para nosotros se armó una dupla bastante aceptada entre el docente integrador y el docente de grado. Tuvo en cuarto, quinto y sexto tres docentes (integradores) distintos. P10: Psicóloga EOE - 10:10 [Caso Carlos]*

EOE (PS): *Así que bueno, nada, los papás vieron ese año cómo costó y volvieron a solicitarlo vía el mismo profesional, pero bueno se logró. Y ya el*

logro de este año es que es la misma profesional, la maestra integradora es la misma la de la mañana y la tarde. Y la verdad que eso está buenísimo porque Pedro enganchó muy bien con ella, pero además tiene muy en claro de tratar de apuntar igual que nosotros a la autonomía de Pedro. P 2: Psicopedagoga EOE - 2:19. [Caso Pedro]

La mirada del EOE destaca así la importancia de la fluidez del vínculo o de la concordancia de criterios entre la maestra integradora y la escuela, resultando esto beneficioso para el alumno.

En el caso de Carlos, se destaca además la realización de reuniones con la participación del plantel oficial de la escuela (docente, EOE y directivo), en donde se evaluaba la relación entre la maestra integradora y el alumno.

***Docente:** Tenemos reuniones con los directivos, la psicóloga y la otra maestra. Ahí hablamos de los alumnos y de Carlos, y de la maestra integradora. Cómo la veíamos a ella con Carlos, qué dificultades se le presentaban a ella y por otro lado cómo lo veíamos a él, si dormía, si no. Las intervenciones que hicimos de mandarles las notas lo arreglamos con la directora y la psicopedagoga. Me orientaban más en qué hacer en el aula cuando se dormía. Y yo sola con la directora en cómo evaluarlo. P 8: Docente Lengua [Caso Carlos]*

Por último, resulta importante destacar que las funciones del maestro integrador pueden ser pedagógicas y/o comportamentales. En el caso de Juan, se señala que la importancia recaía sobre la regulación de la conducta del niño, y no sobre su aprendizaje.

***Padre:** En Julio se deciden ponerle una maestra integradora. No por una cuestión cognitiva y de aprendizaje, porque es brillante Juan, sino para que tenga alguien que lo pueda ayudar a regular. P:5 Padre - 5:29 [Caso Juan]*

2.3.2 *Terapias O Tratamientos Externos*

Luego del proceso diagnóstico le son indicados al niño realizar una serie de terapias que lo ayuden en el desarrollo de las funciones y capacidades en las que presenta dificultades. Así es que en todos los casos realizan diferentes tratamientos por fuera del ámbito escolar (ver Tabla 5), incluyéndose también a los padres en espacios de orientación dedicados a ellos.

***Madre:** Empezó terapia ocupacional muy chiquito a los 4 años, que fue excelente para trabajar todo lo que es la motricidad... Y bueno siguió terapia ocupacional, psicología, psicopedagogía. En primer grado fonoaudiología para la parte de lecto-escritura. Siempre todo se hace en conjunto con el neurólogo infantil que es el mismo de esa época, después con la institución que va él que hay una coordinación y con la coordinación de la integración escolar. Se*

trabaja en equipo con la psicopedagoga de la escuela, con equipo directivo y los docentes también... Ahora está haciendo 2 terapias, grupo de habilidades sociales, psicología y psicopedagogía. Psicopedagogía es individual para trabajar en lo que requiere el colegio. Se trabaja mucho la autonomía también que nos pidieron. Y a veces algún tema que la maestra integradora me dice que refuerce. P1: Padres - 1:7. [Caso Pedro]

Los profesionales externos intervinientes en el caso de Pedro tienen diferentes especialidades y todos apuntan a saberes específicos. Así la terapeuta ocupacional trabaja la motricidad, la psicopedagoga lo que la escuela requiere, la fonoaudióloga la lecto-escritura, etc. Parece quedar distinguida allí la jerarquía del neurólogo que tendría una mirada más general sobre el estado del niño.

Los profesionales que más se repiten son la psicóloga y la psicopedagoga, y una vez que comienzan continúan su trabajo durante todos los años de la escolaridad del niño.

Padre: *Nos entrevistó la psicóloga, tuvimos una charla con ella, después tuvimos una charla no me acuerdo con quien más, y nos presentaron a la chica que hace orientación a padres. Entonces armó un esquema, arrancamos Juan 1 vez por semana y nosotros una vez por semana. No teníamos el certificado de discapacidad, empezamos el tratamiento en abril y teníamos turno en junio recién para sacar el certificado de discapacidad. Había que 2 meses bancar de nuestros bolsillos el tratamiento. Nos dijeron empiecen con lo que puedan antes que con nada. P5: Padre - 5:23. [Caso Juan]*

DIR: *Carlos comienza un tratamiento psicopedagógico sostenido y comienza a trabajar una psicóloga. Y continúa hoy con los dos tratamientos, la psicopedagoga mucho más distante y la psicóloga sostenida. P7: Directora2 - 7:18. [Caso Carlos]*

Resulta importante destacar que, en el caso de Carlos, los padres incluso decidieron la incorporación de una maestra particular en su domicilio. Por lo tanto, Carlos asistía a la escuela con maestra integradora, iba a sus tratamientos de psicología y psicopedagogía, y además tenía una maestra particular en la casa.

DIR: *Entonces los papás en esta cuestión de querer hacer mucho contrataron entre segundo y tercero una maestra particular. Pero ¿cuál era el problema? Que esa maestra iba una hora por día y atendía a los tres hermanos al mismo tiempo y Carlos necesita, -y necesitaba-, un espacio individualizado. Entonces, una de las cuestiones a lograr era también la autonomía e independencia de Carlos. Carlos comparte grado con su hermano, entonces cuando la maestra decía: “Carlos ¿qué tarea tenés hoy de matemática?”, Carlos no podía contestar porque el hermano decía: “Hay que hacer la página tanto”, y la*

hermana decía: “Yo tuve tecnología y hay que hacer tal cosa”. Carlos nunca tenía voz. P7: Directora2 - 7:23. [Caso Carlos]

La directora observa la contratación de una maestra particular a domicilio como un obstáculo para el desarrollo de la autonomía del alumno, quedando siempre en una posición de dependencia de sus hermanos.

2.3.3 Proyecto Pedagógico Individual (PPI)

La Res. CFE N°311/16 establece que para los estudiantes con discapacidad consiste en la elaboración de un Proyecto Pedagógico Individual (PPI). Este PPI: ... se elaborará en función de las necesidades del estudiante, promoviendo su desarrollo integral y tendiendo a favorecer su inclusión social y educativa. La planificación y desarrollo del PPI será responsabilidad de los equipos educativos correspondientes, quienes informarán y acordarán con las familias las metas y responsabilidades de cada una de las partes a fin de que el estudiante con discapacidad desarrolle sus aprendizajes sin perder de vista el diseño curricular jurisdiccional, en vistas a que el mismo no implique un currículum paralelo. Los proyectos personalizados deben actualizarse periódicamente sobre la base de metas factibles y estar redactados en un lenguaje claro. (CFE, 2016, Res. CFE N°311/16, Art. 17°)

Caso Carlos:

La escuela se intenta ajustar a las normativas de la DGEGP que se sustentan en la resolución comentada al inicio de este apartado. Es decir, establecen una propuesta curricular cada año que comprende una organización de los contenidos adecuada para el alumno, como por ej. la reducción de campo numérico en matemática y la reducción de extensión de los textos en lengua y literatura (P7: Directora2, 7:26) (ver Anexos 1 y 2). Utilizan configuraciones de apoyo de acuerdo a las barreras didácticas detectadas, por ej. en lengua y literatura el uso de material audiovisual, -videos, imágenes, historietas en vez de libros- que generan mayor interés y atención en Carlos, así como también la realización de trabajos de forma cooperativa con compañeros; de manera general se ajusta la ubicación tanto del alumno como de la maestra integradora en el aula, -la MI pasó de sentarse al lado a sentarse al fondo del aula según la asignatura y el momento de la clase-, y la utilización de consignas cerradas y secuenciadas, entre otras. Por último,

se elabora al inicio de cada ciclo lectivo un proceso de evaluación particularizado de acuerdo con objetivos específicos para el niño.

Respecto a la formalidad del PPI la directora comenta:

DIR: *En lo que se refiere a lo formal del PPI nosotros nos tenemos que ajustar al modelo que manda DGEGP y tenemos que llenar los casilleros que DGEGP nos manda. Lo que nos relaja del PPI es que no estamos obligados o autoobligados a que Carlos o cualquier niño que tenemos integrado responda con el mismo instrumento de evaluación que el resto. Si bien es una práctica que ésta escuela la tiene bastante incorporada. Tenemos un niño en séptimo grado disléxico, disléxico agudo, no tiene maestra integradora, y en las ciencias esta escuela ha tomado la decisión de evaluarlo en forma oral. Porque sino frente a la dislexia le estamos poniendo una barrera, y cuál es el sentido. Y también entendemos que frente a un mismo instrumento de evaluación vos lo resolviste en un bloque horario, a mí me llevó una horita más, pero, al tenerlo como formalizado, puesto en un documento, nos ha dado como más libertad. O, por ahí, era una barrera nuestra. Y nosotros con Carlos tomamos una decisión, pero avalado con esto [el PPI]. Igual, ninguna familia de los chicos que tenemos integrados nos ha venido a decir por qué mientras los demás están haciendo prueba, por ejemplo, Carlos está dibujando. P7: Directora2 - 7:56. [Caso Carlos]*

EOE (PS): *El Proyecto Pedagógico Individual se armó más formalmente con el tema de la integración, porque es obligatorio hacerlo cuando hay integración. Ya en tercer grado estas entrevistas aparecían todo el tiempo, de que las notas correspondían al proceso personal de Carlos y no a los contenidos del tercer grado, eso lo poníamos todo el tiempo. P10: PsicólogaEOE - 10:20. [Caso Carlos]*

Ambas, la directora y la psicóloga del EOE, destacan la importancia de cumplir con las cuestiones formales, y el poder justificar el no alcance de los contenidos curriculares normativos.

A su vez, resulta llamativo que la directora afirma que: "... el Proyecto Pedagógico Individual que construye la maestra integradora junto con la maestra de grado y nuestra integrante del equipo de orientación..." (P7: Directora2 - 7:56.), mientras que las docentes no manifiestan participación en su armado ni tampoco parecen saber cómo ni quiénes lo hacen:

Docente: *El proyecto pedagógico individual es algo que lo arma la integradora con el centro. Yo por lo menos no participé, yo lo recibí. Capaz que la psicóloga de la escuela, yo sé que ella es de llamar mucho y comunicarse mucho. Yo personalmente lo recibí. P 9: Docente Matematica.docx - 9:23. [Caso Carlos]*

En los otros dos casos no se elaboró PPI, lo que no implica que no se hayan realizado estrategias de apoyo para favorecer la inclusión de los alumnos en los procesos de enseñanza-aprendizaje, sino que no fueron formalizadas bajo este instrumento.

Caso Pedro:

En este caso la psicopedagoga del EOE explica de la siguiente manera el no armado del PPI:

EOE (PS): Todavía no armaron el PPI, están viendo en que está. A mí me gusta que lo haga la maestra de grado y la maestra integradora, la realidad es que lo que lo tienen a diario son ellos. P 2: PsicopedagogaEOE - 2:36. [Caso Pedro]

Se resalta de esta manera la importancia del PPI como estrategia pedagógica, que, si bien incorpora múltiples miradas en su armado, la pedagógica es la central. También dependerá de los tipos de barreras al aprendizaje que más predominen en cada caso: de acceso físico, de la comunicación, didácticas o sociales/actitudinales (CFE, 2016). En el caso de Pedro, similar a Carlos, las configuraciones de apoyo estaban más enfocadas a lo didáctico:

EOE (PS): El proceso de alfabetización duró casi 3 años, pero bueno. Él tiene adaptaciones curriculares, todas de acceso, y de contenido también. Por ejemplo, a multiplicar y a dividir creo que en 5to. Grado aprendió la división. Y la división por 2 cifras hasta ahí nomás. Todo el nivel de abstracción le cuesta muchísimo. Nosotros trabajamos con graficadores entonces todos los conceptos los tiene adelante la parte teórica, eso lo ayuda mucho la organización. Las tablas me decían los papás que recién ahora las aprendió, no lo constaté, pero bueno él puede tener permanentemente una apoyatura gráfica mientras pueda operar. P 2: PsicopedagogaEOE – 2:37[Caso Pedro]

Caso Juan:

Por último, en el caso de Juan la escuela tampoco consideró necesario el armado de un PPI. Así lo explica el psicólogo del EOE:

EOE (PS): Juan por ejemplo no tiene Proyecto Pedagógico Individual, no está en un proceso de integración. Él tiene su acompañamiento, pero nada más. No es considerado como un maestro integrador. En su grado hay 2 chicos con una sola maestra integradora, porque acá desde hace bastante tiempo se decidió hacer una sola integración por grado. Pero siempre hay integraciones, este año es una excepción porque hay 2 grados que no tienen. Pero por lo general todos los grados tienen 1 integración. P 6: PsicólogoEOE.docx - 6:15. [Caso Juan]

Las configuraciones de apoyo en el caso de Juan estuvieron más ligadas al armado de las pautas rutinarias del formato escolar ya que no presentaba dificultades con el acceso a los contenidos curriculares. En palabras de su docente de primer grado:

Docente: *No tiene problema con los contenidos. Casi todo lo sabe. Él por ahí tiene la facilidad de que está jugando a las cartas o haciendo otra cosa y vos explicás y él igual está escuchando. Después cuando le preguntás lo sabe, y es rápido...*

A él lo que más le complicaba era por ejemplo cuando yo decía que íbamos al recreo abajo y de golpe había que cambiar el recreo a arriba, y ahí empezaba el berrinche... Lo que más le cuesta es esto de los cambios que te decía antes. Yo me senté con él, con esto de los recreos, y le expliqué qué días íbamos a cambiar el recreo arriba, porque él quería venir al recreo siempre abajo porque tenía básquet por ejemplo y se había enganchado con el básquet. No quería ir al recreo arriba y nosotros hacemos uno y uno, yo no puedo cambiar eso. Entonces era como un negociado hasta que le expliqué qué días podíamos venir acá abajo. Entonces él después me controlaba los días, de a poco fue siendo más flexible. P4: Docente 1º grado – 4:3 [Caso Juan]

2.3.4 Reducción Horaria

Otra de las intervenciones principales encontrada en los casos estudiados es la reducción de la jornada escolar. En la práctica parece ser una de las primeras herramientas que la escuela utiliza cuando un alumno no logra adaptarse a las pautas institucionales ni logra alcanzar el rendimiento esperado.

Caso Pedro:

La jornada de su escuela es completa (mañana y tarde), tanto en nivel inicial como en el nivel primario. La reducción fue hecha solamente en el nivel inicial, yendo solamente por la mañana. En el primario con la presencia de la maestra integradora la escuela en conjunto con la familia y los profesionales externos acordaron que fuera toda la jornada.

EOE (PS): *Preescolar hizo jornada optativa. Creo que era jornada simple. A partir de primer grado tuvo a la mañana y a la tarde maestra integradora... Él durante bastante tiempo se retiraba al mediodía porque iba a los tratamientos, entonces se le suspendía campo de deportes... Después de tantos años se lo marcábamos de que era obvio que tenía que ir después del colegio, viste, prioridad. No nos quedaba claro si era una cuestión de dinámica familiar o qué. P 2: Psicopedagoga.docx – 2:5 2:40. [Caso Pedro]*

Caso Juan:

En su caso, tanto el nivel inicial como el primario de su escuela son también jornada completa (mañana y tarde). En el nivel inicial le fue reducida su jornada solamente a la tarde. Al pasar al primario volvió a ir el horario completo.

Padre: *Así estuve todo sala de 4, con muchos problemas en la escuela, le redujeron la jornada educativa. Hacía solo a la tarde. Tenía una persona que lo cuidaba en la casa de la madre, hicimos malabares porque no lo aceptaban en el colegio todo el día, decían que no era para él. P 5: Padre.docx – 5:8. [Caso Juan]*

Se observa entonces que en 2 de los 3 casos la jornada fue reducida en el nivel inicial, así como también en 2 de los 3 casos la reducción fue hecha en el nivel primario. La restitución de la jornada completa en la primaria se dio a partir de la incorporación de una maestra integradora, -solicitada por los directivos de la escuela en conjunto con los profesionales externos- (en los casos de Carlos y Pedro). En el caso de Juan la restitución de la escolaridad completa en el pasaje del nivel inicial al primario fue hecha por decisión de los directivos de la escuela.

Para finalizar, se aprecia en las entrevistas realizadas de los diferentes casos un contraste entre la visión de la escuela, por la cual el rendimiento o el comportamiento del niño son las causas que imposibilitan su permanencia durante toda la jornada, y la visión de los padres, que, si bien aceptan esta limitación, les repercute en la organización familiar, y por ende en la rutina diaria del niño. Como refiere la madre de Pedro:

Madre: *Este colegio es turno mañana y turno tarde, en su momento también nos decían si no era mucho una doble jornada para él. Se evaluó también el contexto familiar, nosotros los 2 trabajamos, tenemos una profesión. En un momento se planteó si yo dejaba de trabajar. Yo también lo pensé, pero no sé si era más beneficioso que esté en casa mirando televisión aislado, porque acá de hecho hay deporte a la tarde, no es que están todo el día sentados en un pupitre. P 1: Padres – 1:15 [Caso Pedro]*

Caso Carlos:

Su escuela es de jornada doble, por la mañana de 7.30 a 12.20 y por la tarde de 13.40 a 16.15. Por lo que se acordó que solamente realice la jornada de la mañana como refiere la directora:

DIR: *Los papás siempre estuvieron medio de acuerdo cuando veían el rendimiento de Carlos. Desde siempre estuvo en jornada simple y desde quinto se queda al almuerzo y disfruta del recreo largo con los chicos. Ahí se queda sin*

integración porque termina a las doce. P10: PsicólogaEOE - 10:32. [Caso Carlos]

Además, se le redujeron la cantidad de horas de inglés de 7 horas semanales a 3 horas, en acuerdo con el centro de integración.

2.4 Los Efectos Del Circuito En El Alumno

Se podría afirmar que el efecto más general que produce el proceso de evaluación, diagnóstico y elección de la modalidad educativa de los alumnos que son incluidos en alguna modalidad de educación inclusiva, es la creación de una temporalidad y espacialidad alternativas dentro de la escuela. Al utilizarse las estrategias previamente mencionadas dentro de la escuela (incorporación de maestro/a integrador/a, elaboración de un PPI y reducción horaria de la jornada) los alumnos pasan a disponer de diversos recursos que adaptan los contenidos y las exigencias propias de la currícula escolar, de tal forma que puedan alcanzar sus propios objetivos. Como señala Valdez (2016) todos necesitamos ayudas, y las ayudas para aprender son “... herramientas para disminuir barreras al aprendizaje y la participación” (p. 21).

Caso Pedro

Las herramientas o ayudas para aprender tienen algunas dificultades de aplicación en la práctica cotidiana de la escuela. De tal modo que, en el caso de Pedro, la estructura y organización de las asignaturas por turno termina siendo una barrera de su inclusión.

EOE (PSP): Es el único integrado en primaria, hay más en secundario. Esta es una escuela rara para integrar porque las maestras se van al mediodía, y a la mañana tienen toda la carga más intelectual. Por ejemplo, a la mañana tenés lengua, matemática e inglés, y a la tarde campo de deportes y todo lo demás. Si un chico no está para poder estar, y decís bueno al mediodía se va, se queda sin nada de lo recreativo. Y a la mañana la carga intelectual es fuerte, porque tenés 1 hora y media y 1 hora y media, tenés que estar en el aula. Nunca tenés plástica, educación física, música, todo eso a la tarde. Entonces cuando Pedro se iba se perdía siempre natación, campo, y a su vez teatro, plástica y música se hace en 2 grados juntos, tercios de cada grado, para que interactúen. Una parte de 4to. Y una parte de 5to. Hacen música, por ejemplo, y otra parte están en plástica y en teatro, y van rotando. P 2: PsicopedagogaEOE.docx - 2:50 [Caso Pedro]

Se observa entonces que la alteración de su espacio y tiempo por estar en la modalidad de inclusión trae como consecuencia la pérdida de las actividades que son significadas como “recreativas”. Este tipo de significación de las materias con potenciales más creativos como “recreativas” conlleva una subestimación de lo escolar sobre lo corporal y expresivo, que, desde otra visión, podría justamente incorporar cuestiones y componentes intelectuales como se verá a continuación en otra descripción que realiza la misma PSP del EOE interno de la escuela.

EOE (PSP): *Una de las cosas que fue muy bueno el puente fue con el profesor de teatro, él se empezó a soltar bastante más con el profesor de teatro. **Que acá no es que hacen teatro**, por ejemplo, una actividad que había un montón de sillas y cada uno tenía que pasar y poner una silla en el escenario y la condición era que cada silla tenía que tocar en algo la silla del otro. Y después por grupitos tenían que mirarlo y decir que era, por ejemplo, decían que era un dinosaurio y tenían que justificar. Otro decía que era una máquina de no sé qué y justificarlo. Y después a eso lo representaban, estaba buenísimo. Y ahí Pedro la verdad que re bien, con esta modalidad de trabajo. P 2: PsicopedagogaEOE.docx – 2: 34 [Caso Pedro]*

El despliegue del alumno en teatro es valorado positivamente por ella, resultando contradictorio con su categorización previa de estas actividades como de menor valía con respecto a las materias que sí tendrían trabajo “intelectual” (lengua, matemática e inglés). Se destaca que la actividad incorpora una consigna en grupos donde tenían que justificar las respuestas e incluso luego realizar una representación.

Caso Carlos

Las estrategias de inclusión van creando un efecto de asimetría con respecto a los compañeros de curso de los niños diagnosticados, que, en el caso de Carlos, es vivido como problemático para la escuela.

DIR: *Bueno, pasa a tercer grado con una asimetría en cuanto a cantidad y calidad de contenidos muy grande con respecto al resto de sus compañeros. Ejemplo concreto, todos pasan a tercer grado manejando mínimamente un campo numérico hasta el diez mil. Carlos, no pasaba del cien. Había una ventana muy grande. Ni hablar en lo que es alfabetización inicial, omitía letras, pegaba palabras, no se entendía la letra. Directora2.docx - 7:26. [Caso Carlos]*

Esta asimetría se va reflejando en su legajo y es transmitida año a año de su escolaridad, quedando así la dificultad textualizada en su legajo. Es importante destacar también que la unidad de análisis central en el legajo es el individuo, siendo el niño el

portador y causante de la asimetría de rendimiento respecto de sus compañeros (Cimolai, 2005).

Durante este año se han notado avances en el proceso de aprendizaje de [redacted] En el boletín, las calificaciones corresponden a su proceso por eso lleva Bueno como calificación. Las mismas no reflejan el abordaje de los mismos contenidos que se están trabajando en 3er grado.

[Fragmento de Informe escolar 3° grado. Legajo Caso Carlos]

Comentamos acerca de la historia escolar de [redacted] y de las dificultades que observamos desde primer grado. Este año tiene adecuación curricular, hasta tercer grado se realizaron adecuaciones internas en los que en acuerdo con la familia el "bueno" que [redacted] obtuvo como calificación tenía como referencia su punto de partida.

[Fragmento de Reunión Interna (EOE, directivos y docentes) 4° grado. Legajo Caso Carlos]

Para concluir, señalaremos que los efectos que el circuito de evaluación y diagnóstico tienen sobre los niños, están en torno a la estigmatización que se da por el uso de etiquetas clasificatorias, la construcción de pronósticos no siempre favorables tanto acerca de su rendimiento escolar como de su desarrollo en general y, en consecuencia, la invisibilización parcial de sus recursos y posibilidades. Estas configuraciones que se realizan sobre las trayectorias educativas de los estudiantes pueden resultar inquietantes en tanto afectan no solo al destino académico del niño, sino a su desarrollo y destino en la comunidad, dado que muchas veces la sociedad tiende a marginar la diferencia (Valdez, 2016).

2.5 La Medicación Como Intervención

En todos los casos estudiados se encontró la prescripción de medicación por parte del neurólogo que trataba a los niños. Desde el enfoque de la neuropsiquiatría, el tratamiento multimodal del TDAH tiene tres partes principales, que deberían individualizarse para cada paciente y familia: 1) psicoeducación y entrenamiento en manejo conductual; 2) apoyo académico; y 3) medicación. Dentro de la medicación están las estimulantes y las no estimulantes. Señalan que los estimulantes (Metilfenidato y lisdexanfetamina) son supuestamente eficaces en el TDAH, su mecanismo de acción

es elevar la dopamina y noradrenalina cerebral, principalmente inhibiendo su recaptación en la sinapsis. Los no estimulantes, -como la atomoxetina-, son utilizados si la duración de los estimulantes es corta, existe falta de respuesta o efectos adversos, o por el potencial abuso y estigma de tomar una medicación controlada (Soutullo Esperón y Álvarez Gómez, 2014). El metilfenidato es sugerido si las intervenciones conductuales no proporcionan una mejora significativa y hay una alteración continua de moderada a grave en el funcionamiento del niño de 4 a 5 años (Wolraich et al., 2019). Es importante recordar que la calificación de moderada o grave es en función del diagnóstico clínico hecho solamente por la observación de los criterios sugeridos por el DSM V (APA, 2014).

A continuación, se describen las medicaciones indicadas en cada uno de los casos estudiados (Tabla 6).

Tabla 6

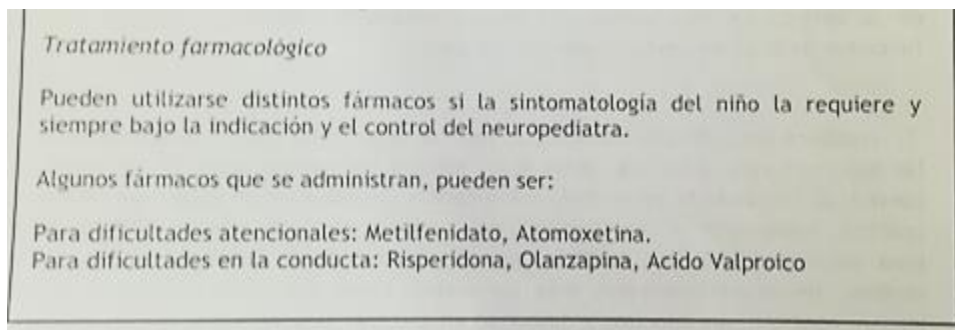
Medicación prescrita por caso

CASO	MEDICACIÓN	COMIENZO	FINALIZACIÓN	REEVALUACIONES
PEDRO	Metilfenidato	6 AÑOS	SE MANTIENE	7°GRADO (ACTUALIDAD)
JUAN	Aripiprazol	5 AÑOS	SE MANTIENE	1°GRADO (ACTUALIDAD)
CARLOS	(No se obtuvo el dato)	1° GRADO	5° GRADO	2° SE SUSPENDE 3° GRADO SE INDICA DE NUEVO 6°GRADO SE MANTIENE SUSPENDIDA

Caso Pedro:

La medicación (metilfedinato) comienza a los 6 años y se sostiene hasta su situación actual (7mo. grado). En el folleto¹⁰ entregado por una de las psicopedagogas que le realizó una evaluación neurocognitiva se indica que algunos de los fármacos posibles pueden ser: (1) para las dificultades atencionales, metilfedinato y atomoxetina; y (2) para las dificultades en la conducta, risperidona, olanzapina y ácido valproico:

¹⁰ Puede observarse el folleto completo en el Anexo 3.



*[Fragmento de Sugerencias Entregadas a la Escuela por el neurólogo. Legajo
Caso Pedro]*

Según explica la madre de Pedro, al niño le realizan evaluaciones neurológicas una vez por año, evaluando, -en el momento en que se realizó la entrevista-, la posibilidad de retirar la medicación.

Madre: *En los estudios clínicos no dio ninguna anomalía. Lo que es neurología clínica no tiene nada, en la evaluación médica que le hacen una vez por año. Lo único que le dan la medicación que todavía toma, que el médico está evaluando retirarla. Se adapta también a lo que él hace, como acá está doble jornada es la que es de liberación lenta. Voy a decir un término que quizás no es el correcto, una descarga de la medicación a la hora que la toma y otra a mediodía, o sea dura 4 horas el efecto. "LA" se llama, de larga duración. Yo se lo doy, solo para la escuela. El fin de semana y en las vacaciones no, es solo para la actividad intelectual. Sí la escuela me pidió dársela cuando van a los campamentos para que aproveche más, ellos la llevan, yo les hago una autorización. P 1: Padres.docx - 1:46. [Caso Pedro]*

Resulta llamativo que en los estudios médicos clínicos no se encuentra ninguna anomalía, sin embargo, se sostiene la prescripción de la medicación.

Caso Juan:

El fármaco indicado fue el Aripiprazol, un neuroléptico indicado para la agresividad, autolesiones, irritabilidad y/o rigidez en cuadros comórbidos del TDAH con el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) o cuadros clínicos emocionales o conductuales (Hervás Zúñiga y Durán Forteza, 2014). Esta medicación implicó para el padre un alivio en los síntomas de su hijo:

Padre: *Empezamos con la medicación y santo remedio. Empezó a tomar la medicación, a los 10 días ya se empezaron a ver los efectos. Estaba mucho más tranquilo, ya no tenía la impulsividad que tenía. P 5: Padre - 5:48. [Caso Juan]*

El padre plantea una visión contundente con respecto a que la medicación es el único camino para ayudar a los niños diagnosticados con TDAH, siendo más eficaz que

las terapias. Esta posición la plasma en foros de Facebook de padres con hijos con TDAH, donde les sugiere el uso del Aripiprazol, recibiendo algunas críticas de otros padres:

Padre: *Cuando yo pongo en el foro: Aripiprazol-Irazem, lo pongo justificando y me dicen algunos padres: 'todavía no empezó las terapias y ya estás proponiendo que lo mediquen'. Y les digo, mi hijo pasó por todas las terapias habidas y por haber, por integrador, por todo, es la única solución. Un chico que tiene un grado de ansiedad tal, que no puede regularse, no puede autocontenerse, no puede. No hay terapia que lo ayude. Cuando no puede, no puede. P 5: Padre - 5:66. [Caso Juan]*

Sin embargo, la madre de Juan se oponía a la medicación:

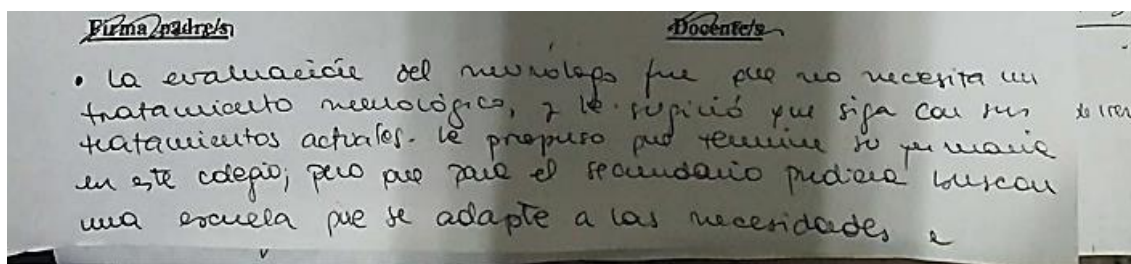
Padre: *La mamá no quería, a la mamá hablarle de medicación era como hablarle del diablo. A la mamá le hablabas de medicación y era como que le estabas hablando de doparlo al nene... No quería saber nada. Cuando hablábamos en la terapia de orientación a padres de medicación ella me miraba como que era el demonio lo que yo quería hacer. P 5: Padre - 5:41 y 5:43. [Caso Juan]*

Por otro lado, se pueden ver los efectos de incertidumbre de la medicación en la práctica clínica. Desde este punto de vista, la eficacia de la intervención parece depender de ensayo y error y no de la especificidad y/o efectividad del tratamiento psicofarmacológico para niños diagnosticados con TDAH.

Padre: *A mí el psiquiatra me ha dicho que tuvimos mucha suerte, que responde excelente a la medicación. Hay muchos que entran a probar una, la otra y no le hacen efecto. P 5: Padre - 5:70. [Caso Juan]*

Caso Carlos:

El niño comienza a ser medicado en 1er. grado solamente durante el período escolar (P:33:13). En 2do. grado la medicación fue suspendida al inicio del ciclo lectivo, para luego ser retomada en 3ro. y 4to. grado. Finalmente, en 5to. grado se le suspendió, decisión que se mantuvo al consultar un neurólogo distinto en 6to. grado. Este último neurólogo sugirió la no necesidad de tratamientos neurológicos, e indicó buscar una escuela distinta para el secundario.



[P:33:72] Fragmento del Acta correspondiente a Entrevista entre los padres, la directora, la docente y el EOE, 6to. Grado, [Caso Carlos]

De acuerdo con la visión de la directora la medicación fue beneficiosa en ese período de 2° grado en tanto permitía que el niño no se durmiera y tuviera períodos más largos de atención.

DIR: Bueno, ya en segundo, porque el neurólogo le da una medicación a Carlos, logramos que no se duerma toda la mañana. Y logramos empezar a tener periodos más largos de atención. Sí a una distancia muy grande de los periodos de atención de la media de cualquier niño de segundo grado. Pero bueno, por ahí diez minutos Carlos podía concentrarse. P 7: Directora2.docx - 7:17. [Caso Carlos]

Aquí aparece un campo de tensión en cuanto al diagnóstico ya que, si bien la medicación es percibida como beneficiosa por la escuela, en tanto le permite al niño no dormirse y poder tener períodos de actividad más largo, no concuerda con los criterios del DSM V para el TDAH. Es decir, en el DSM no aparece como síntoma el dormirse que refieren las docentes y la directora del colegio de Carlos. Se podría pensar que se diagnostica en un sentido, pero se medica en otro, lo cual, -desde otro punto de vista-, podría hablar de la flexibilidad o juicio clínico del neurólogo tratante que interviene en respuesta a los síntomas que efectivamente le son señalados por los adultos que interactúan con el niño (se recuerda que en este caso no se pudo obtener el dato de la medicación que le iba siendo indicada al alumno). El conflicto o la contradicción estaría en el nivel de la lógica categorial del DSM, más adelante retomaremos este punto.

3. Las Prácticas Diagnósticas

Durante este apartado se describirán las características del proceso diagnóstico realizado a cada uno de los niños. En primer lugar, se detallarán los instrumentos utilizados para realizar las evaluaciones de acuerdo a la especialidad de cada profesional externo a la escuela que fue consultado. En segundo lugar, se estudiarán los resultados arrojados por los tests y la utilización de grillas clasificatorias para puntuar y categorizar a los niños. En tercer lugar, se expondrán algunos de las consecuencias prácticas halladas en los niños luego de ser etiquetados con trastornos mentales. Por último, se ubicarán las instancias en las que se construyen prescripciones y pronósticos acerca del futuro de los niños, basándose en los diagnósticos previamente establecidos por parte de los profesionales externos a la institución escolar.

Se recuerda que la solicitud de una evaluación diagnóstica es en todos los casos realizada por la escuela a la que asiste el niño. En algunos casos la solicitud es realizada por el equipo de profesionales interno a la institución (EOE) a los padres del niño, mientras que en otros son los directivos quienes piden a los padres la consulta con profesionales externos a la institución. La finalidad de este pedido diagnóstico por parte de la escuela es la de conocer las características o dificultades que presenta el alumno para luego poder realizar las modificaciones necesarias en el proceso de enseñanza-aprendizaje del mismo. Los directivos, el EOE y/o los docentes aguardan recibir una devolución (oral o escrita) por parte de los profesionales externos donde se les explique las características específicas del aprendizaje y/o desarrollo del niño, y se les sugieran estrategias o adaptaciones posibles para realizar en el contexto escolar. Como se verá a continuación, este circuito tiene partes donde existe mayor diálogo e intercambio entre la escuela y los profesionales externos, y otros donde la interacción se vuelve más opaca.

Adentrándose en la especificidad de las evaluaciones, y como se señaló previamente (§2.2), en todos los casos estudiados se encontró que la primera instancia diagnóstica responde a evaluaciones clínicas realizadas por algún representante del saber médico, predominantemente el neurólogo. Esta tendencia se corresponde con el privilegio del estudio del cerebro de la biomedicina en la actualidad señalado por Rose (2012). Esta primera instancia arrojó resultados negativos, descartándose en todos los casos cualquier anomalía fisiológica o biológica. Las técnicas o estudios realizados en las evaluaciones no fueron explicados a los padres, sino que solamente se les informó

que sus resultados eran negativos. Es a posteriori de esta primera evaluación biomédica que se deriva a una evaluación psicológica o psicopedagógica.

Las evaluaciones psicológicas halladas en los casos son denominadas “neuropsicológicas”, y fueron realizadas ya sea por psicólogos/as o psicopedagogos/as. Estas evaluaciones tienen como fin obtener un diagnóstico parametrizado bajo los términos del DSM (APA, 2014). Resulta importante destacar la dimensión administrativa del DSM, en tanto funciona como criterio legitimador de reembolsos de los sistemas de salud privados o semi-privados (Mandil, 2006), permitiendo en los casos estudiados la cobertura económica de los tratamientos terapéuticos a partir de la obtención del certificado de discapacidad.

3.1. El Proceso Diagnóstico Y Sus Instrumentos

La primera parte del proceso consta de la captación de la demanda por parte del profesional externo que es consultado. Una vez construido el motivo de consulta, se decide entonces realizar una evaluación con técnicas específicas para las problemáticas presuntas.

Caso Pedro:

La PSP consultada informa que: “los padres del niño consultan por una diferencia en el rendimiento en relación con sus pares” (P16 16:2). Mientras que 3 años más tarde, una nueva evaluación menciona como motivo de derivación:

Motivo de derivación:

A Pedro se le administró una evaluación de coeficiente intelectual (CI) y una evaluación neuropsicológica. El objetivo de las mismas, es poder diseñar recomendaciones, tanto para la familia como para la escuela, que permitan que Pedro se beneficie lo máximo posible del proceso de aprendizaje. [P:21: Fragmento de “Informe Neuropsicología”. Caso Pedro]

Es decir, la “diferencia en el rendimiento en relación con sus compañeros” señaladas por la escuela y transmitida a los padres como motivo de realización de una consulta con un profesional médico, se termina traduciendo en términos técnicos en la evaluación del coeficiente intelectual y procesos neuropsicológicos con una pregunta en torno a la posibilidad de maximizar sus aprendizajes. Estas “funciones cognitivas” son las siguientes:

- *Funcionamiento Intelectual*
- *Alerta/Atención*
- *Orientación Memoria y Aprendizaje*
- *Funciones Ejecutivas*
- *Procesamiento Visoespacial*

[P22: Extraído de “Informe Neuropsicología”. Caso Pedro]

Respecto de las técnicas administradas luego de establecida la demanda de la consulta, el informe detalla lo siguiente (P 21, 21:4):

Métodos de evaluación y procedimientos:

WPPSI III (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, 3° edition), Batería Neuropsicológica Nepsy (Subtests: Knock and Tap, Precisión Visomotora, Copia de Diseños, Atención Visual y Memoria Narrativa), Tea-ch-Test of Everyday Attention for Children- (Subtests: Score!), Tomal (Subtest: Recuerdo Selectivo de Palabras y Memoria de Lugares), WRAML (Memoria de Relatos), CPT (Continuos Performance Test), BRIEF (Behavior Rating Inventory of Executive Functions) y CBCL (Child Behaviour Checklist)

[Fragmento de “Informe Neuropsicología”. Caso Pedro]

Además del test de inteligencia de Wechsler, se observan tests específicos para atención: “Tea-ch-Test of Everyday Attention for Children” y técnicas de chequeo del comportamiento por parte de padres o maestros (BRIEF-Inventario de comportamiento de las funciones ejecutivas- y CBCL-Lista de control del comportamiento del niño-)

Las definiciones de atención que se presenta en la evaluación es las siguiente:

Alerta/Atención:

La atención es una habilidad que requiere de la focalización de la misma en un estímulo. La inhibición de estímulos irrelevantes y la capacidad de sostener la atención en el tiempo en diferentes tareas.

Si bien nos referimos a la atención de manera global existen diferentes tipos de atención. La atención selectiva es la capacidad de seleccionar un estímulo determinado inhibiendo otros estímulos distractores.

La atención sostenida es la capacidad para mantener la atención en una misma actividad durante un prolongado período de tiempo.

La atención dividida es la capacidad de realizar la selección de más de una información a la vez o de más de un proceso o esquema de acción simultáneamente. [P: 22. Fragmento de “Informe Neuropsicología”. Caso Pedro]

En este caso la mirada está dividida en diferentes procesos cognitivos que se basan en selección e inhibición de estímulos. Lo mismo se observa en el folleto entregado a los padres de Pedro, -luego de que el neurólogo lo diagnosticara con

TDAH-, con el agregado de que se establece una causa orgánica originaria, “la disposición neurológica del cerebro para la recepción de los estímulos”.

¿Qué es el trastorno por déficit de atención con Hiperactividad (TDAH)?

La atención es la condición básica para el funcionamiento de los procesos cognitivos e implica la disposición neurológica del cerebro para la recepción de los estímulos. Asimismo, esta función permite elegir y seleccionar las estrategias más adecuadas para el objetivo que se persigue, captando información del medio. P30: Folleto entregado a padres por Neurólogo - 30:2 [Caso Pedro]

Dicho folleto (ver Anexo 3) está elaborado de forma genérica para cualquier alumno/a que haya sido diagnosticado con TDAH. Como se retomará más adelante, el cuestionamiento va en torno a la falta de especificidad y valoración de las características y multiplicidad subjetiva de cada niño.

Caso Carlos:

En primer grado es evaluado por una PSP refiriendo como motivo de consulta: “Es derivado por la escuela a la que concurre porque tiene dificultades para aprender. Presenta dificultades para prestar atención” (p:33, 33:5)

Respecto de las técnicas utilizadas el informe detalla: “Se evaluaron las funciones cognitivas con el Test de Inteligencia WPPSI, (por razones de edad, se encuentra en el punto de corte y por rasgos de observación clínica ya que presenta escasa tolerancia a la frustración). A su vez se administraron algunas de las pruebas del Test WISC en forma complementaria” (P:33, 33:7 33:8). Se observa la dificultad de la elección de la técnica para evaluar la inteligencia ya que el niño se encuentra en el punto de corte de la escala de Wechsler, pero se resuelve a través del juicio clínico dada su baja tolerancia a la frustración, por lo que se piensa se le puede aplicar un test diseñado para una edad menor. En este caso no se aplican técnicas específicas para evaluar la atención (como si ocurría en el caso de Pedro), pero si se evalúan las “funciones cognitivas” a través de la escala de inteligencia de Wechsler adaptada para niños de entre 2 años y 6 meses y 7 años y 7 meses (WPPSI) (Wechsler, 1991). Esta evaluación establece puntuaciones a través de diferentes escalas (comprensión verbal, visoespacial, memoria de trabajo, razonamiento fluido y velocidad de procesamiento entre otras), para terminar obteniendo el coeficiente intelectual (CI) del niño evaluado. Retomando el motivo de consulta señalado por la evaluadora, de las dificultades para aprender se desprende la evaluación de las funciones cognitivas a través de una escala de inteligencia.

Resulta interesante contraponer una mirada distinta a la de la atención evaluada a través de los tests comentados anteriormente en el caso de Pedro, que se da en el marco del informe realizado por la maestra integradora de Carlos a lo largo todo el ciclo lectivo del alumno. Allí se indica:

Proceso de Atención:

Carlos presenta alguna dificultad cuando se le presenta una tarea para discriminar si se trata de Prácticas del Lenguaje, Matemática, Ciencias Sociales o Ciencias Naturales. Hay que tener en cuenta que es el primer año que tienen dos maestras, y más materias (Cs. Naturales y Cs. Sociales). P:33, 33:47. “Informe Narrativo” hecho por la Maestra Integradora en 4º grado (contenido en el legajo del alumno) [Caso Carlos]

Si bien se sustenta en la idea de que la atención es un proceso cognitivo que permite discriminar estímulos, se la intenta ubicar contextualmente, tratando de mitigar la dificultad en lo novedoso del entorno que se le presenta al niño.

3.1.1. Los Resultados Y Las Grillas De Rendimiento

Los procesos de evaluación finalizan con los resultados obtenidos por el niño en las diferentes pruebas, que se plasman en grillas donde se los compara estadísticamente con la media de la población de niños de su edad. Esto se acompaña en algunas ocasiones de una etiqueta diagnóstica del DSM que luego se volcará al certificado de discapacidad a través de su equivalencia en el CIE-10 (OMS, 2001) de acuerdo con la normativa vigente al momento de la recolección de los datos (Ministerio de Salud de la Nación, 2015). Asimismo, se utilizaba el DSM-IV (APA, 2002) en los casos de los diagnósticos realizados antes del año 2014, y el DSM-V (APA, 2014) del año 2014 en adelante. El CIE-10 (OMS, 2001) continuaba siendo utilizado en el momento de recolección de los datos, dado que uso del CIE-11 (OMS, 2021) se implementa a partir de enero 2022. Más adelante se comentarán algunas diferencias entre los manuales y su uso.

Caso Pedro

En sala de 3 se le realizaba una primera “evaluación neuropsicológica”¹¹ por una psicopedagoga que arrojaba como resultado “compromisos cognitivos que influyen en sus procesos de aprendizaje”:

¹¹ El término “neuropsicológica” es extraído directamente del informe hecho por la PSP contenido en el legajo escolar del alumno.

*En función de los resultados de la evaluación neuropsicológica y a partir de los **compromisos cognitivos observados** que influyen en sus procesos de aprendizaje, se plantean los siguientes objetivos del tratamiento psicopedagógico... P:18:2 [Fragmento de Informe de Evaluación Psicopedagógica Sala de 3. Caso Pedro]*

Posteriormente, en sala de 4, los padres sacan el certificado de discapacidad, donde el diagnóstico que se consigna es “Retraso Mental Leve” según la CIE-10 (OMS, 2001), con el código F.70.9 (equivalente al DSM-IV). Es decir, de los “compromisos cognitivos observados” por la psicopedagoga un año antes, se pasa a un diagnóstico estandarizado por el DSM.

Durante Sala de 5 se le vuelve a realizar una evaluación por parte de una psicopedagoga, quien consigna como síntesis diagnóstica:

Síntesis Diagnóstica

*El niño Pedro presenta un CI de 83, inteligencia media baja. En la escala de desarrollo Vineland su puntaje también es levemente descendido. En sus gráficos también demuestra un descenso evolutivo, siendo acorde a una inteligencia media baja en todos los aspectos. Presenta un **trastorno global del desarrollo, con debilidades en el área de atención, pero hay que tener en cuenta que su inteligencia es media-baja**. P:29:4. [Fragmento de Informe Psicopedagoga Externa, Sala de 5. Caso Pedro]*

Se observa la identificación de otro trastorno, en este caso un “trastorno global del desarrollo”, al que se le agregan debilidades en la atención y una inteligencia media-baja.

Al ingresar en 1er. grado, se le vuelve a realizar una evaluación neuropsicológica. En este caso los resultados se arrojan a modo de grilla donde se consideran 5 niveles de los procesos cognitivos evaluados: “Déficit / Dificultad / Normal / Normal Alto / Superior” (P:23:2)

Resultados:

	CI	Pje Z	Déficit				Dificultad			Normal			Normal Alto		Superior	
			-3	-2,67	-2,33	-2	-1,67	-1,33	-	-0,33	0,33	1	1,67	2	2,33	2,67
FUNCIONAMIENTO INTELLECTUAL																
Indice de Comprensión Verbal	83	-1,13							X							
Vocabulario (19)	7	-1							X							
Información (26)	8	-0,67														
Adivinanzas (12)	6	-1,33						X								
Indice de Razonamiento Perceptivo	75	-1,67					X									
Construcción con Cubos (24)	7	-1							X							
Conceptos (11)	6	-1,33						X								
Matrices (9)	5	-1,67					X									
Indice Velocidad de Procesamiento	104	0,27									X					
Claves (30)	15	1,67											X			
Búsqueda de símbolos (17)	7	-1							X							
CI Total	83	-1,13							X							
ATENCION																
Selectiva	Pje Bruto	Pje Z	Déficit				Dificultad			Normal			Normal Alto		Superior	
Atención Visual (Nepsy)	8	-1,33							X							
Búsqueda de símbolos (WPPSI III)	17	-1							X					X		
Claves (WPPSI III)	30	1,67														
MEMORIA																
Memoria Verbal	Pje Bruto	Pje Z	Déficit				Dificultad			Normal			Normal Alto		Superior	
Memoria narrativa (Nepsy)	9	-1,33							X							
Memoria de Relatos (WRAML)	18	-0,33									X					

[P:23 Fragmento de "Informe Neuropsicología", 1º grado, [Caso Pedro]

La grilla se acompaña de conclusiones en forma descriptiva. Comienza diciendo:

Conclusión:

Al evaluar su funcionamiento intelectual, Pedro presentó un rendimiento que se ubica dentro de un rango límite de funcionamiento intelectual, según normas del DSM-IV, y en comparación a niños de su misma franja etárea. Asimismo, no presentó diferencias significativas entre su CI Verbal y su CI de Ejecución, por lo cual su CI Total es válido. P: 24:3 [Fragmento de Informe de Evaluación Psicopedagógica 1º grado. Caso Pedro]

Se observa que no se escribe el número del puntaje del CI, aunque ya había figurado en la grilla, pero sí se lo ubica en función de los parámetros según el DSM-IV, donde queda relegado a un "funcionamiento límite". Más adelante habla de la atención:

Clínicamente, se observaron marcadas oscilaciones en el mantenimiento de la atención durante la evaluación. Asimismo, al evaluar los diferentes componentes atencionales se evidenciaron algunas oscilaciones en su desempeño. En pruebas que evalúan su atención selectiva se observó un

desempeño variable, ya que una en una tarea donde debía focalizar en estímulos relevantes e inhibir distractores, se observó un rendimiento descendido, según lo esperado para su edad. No obstante, por otro lado, en tareas atencionales que implicaban velocidad en rastreo y búsqueda visual se evidenció un rendimiento acorde al esperado para su edad, mostrando una clara fortaleza en aquellas que además implicaban componentes grafomotores. P25:2 [Fragmento de Informe de Evaluación Psicopedagógica 1° grado. Caso Pedro]

Es decir, su atención tiene un desempeño oscilante de acuerdo con los tests aplicados. Sin embargo, esto no modifica su certificado de discapacidad.

Resulta llamativo que el test que es dado a completar por la madre arroja resultados diferentes, que parecen no ser tenidos en cuenta a la hora de la evaluación global final.

En el cuestionario para evaluar las funciones ejecutivas en el día a día, que fue completado por la madre de Pedro, no se evidenciaron dificultades en ninguna de las áreas evaluadas (Inhibición, flexibilidad, control emocional, iniciativa, memoria de trabajo, planificación y organización, organización de materiales y automonitoreo de la conducta). P25:2 [Fragmento de “Informe Neuropsicología”, 1° grado. Caso Pedro]

La madre no evidenció ninguna dificultad al puntuar ese cuestionario entregado por la psicopedagoga. Sin embargo, en el otro cuestionario que le fue dado, el CBCL (Children’s Behavior Checklist – Lista de control del comportamiento del niño) para evaluar el “funcionamiento emocional” del niño, la psicopedagoga informa que la madre “refiere cierta tendencia a la dificultad en relación a conductas evitativas, quejas somáticas y problemas atencionales” (P:26:1)

En 4to. grado se vence el tiempo de duración del certificado por lo que se vuelve a realizar. Ahora, el diagnóstico de Retraso Mental Leve se mantiene y se le agregan otros dos: “Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares” y “Deterioro del Comportamiento de grado no especificado” (P:15:1)

Caso Carlos:

Si se recorre su trayectoria se encuentra que en 1er. grado la escuela solicita un diagnóstico, ya que, según la referencia de la directora, en el jardín no les habían solicitado nada y los habían invitado diplomáticamente a irse (P7:2). A Carlos le realizan una “evaluación neuropsicológica”¹² y los resultados también se vuelvan en forma de grilla:

¹² El término es extraído literalmente del título del informe contenido en el legajo escolar del alumno.

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA				Percentiles										
	Puntaje	Media	DS	-1	2	7	16	31	50	69	84	93	98	99
				-3	-2	-1,5	-1	-0,5	0	0,5	1	1,5	2	3
MEMORIA														
WISC-III - memoria inmediata (A1)	3	4	1					x						
WISC-III - memoria aprendizaje (A5)	10	9	2											x
WISC-III - memoria diferida (A7)	5	7	1	x										
Memoria Lédnica	4	6,44	1,67	x										
ATENCIÓN														
Trail Making A	59	32,4	11,7	x										
Tast de Atención -Cumanin	17	19,19	11,72											x
Claves	5	10	3											
Digitos	6	10	3											
Antimética	7	10	3											
Casita de Animales	2	10	3	x										
Casita de Animales (retest)	3	10	3	x										
FUNCIONES EJECUTIVAS Y DE CONTROL														
Laberintos	11	10	3											x
VISUOESPACIALIDAD														
TFCR copia	9	10	3											x
Diseño con cubos	11	8,87	2,62											x
Estructuración Espacial	9	10	3											x
Diseño Geométrico	12	10	3											x
Rompecabezas														
LENGUAJE														
Fas semántica	8	16,5	2,8	x										
Fas fonológica	2	12,8	3,9	x										
Vocabulario	9	10	3											
Analogías	13	10	3											
Comprensión	14	10	3											
Información	10	10	3											
RENDIMIENTO INTELECTUAL GENERAL														
Escala Verbal	104	100	15											x
Escala de Ejecución	86	100	15											x
Escala Completa (C.I.)	95	100	15											

[Fragmento de Informe Psicopedagógico 1º grado. Caso Carlos]

Se observa que esta grilla busca las desviaciones de los puntajes respecto de una media normativa. Como afirma Mehan (1986, p. 107) los informes de los diagnosticadores tienen una calidad innegable. Reflejan una construcción de realidades sociales, proporcionando generalidades estadísticas en lugar de que descripciones de los procesos cognitivos del estudiante. Aunque las pruebas psicológicas y educativas son un método de descubrimiento, las pruebas no son dispositivos mecánicos que puedan tomar decisiones automáticamente. Sin embargo, son los puntajes de las pruebas más que el proceso de descubrimiento del psicólogo lo que ancla el informe del psicólogo.

Estos puntajes se acompañan de una descripción de los resultados que comienza diciendo:

... un nivel de cociente intelectual general: Normal (90-109). Teniendo en cuenta las distintas aptitudes evaluadas se observa un mejor rendimiento en tareas que requieren para su resolución un razonamiento verbal. La discrepancia con su rendimiento en tareas que requieren un razonamiento no verbal es significativo. P:33:92. [Fragmento de Informe Psicopedagógico 1º grado. Caso Carlos]

Se observa que al igual que en el caso de Pedro, la primera medida de evaluación es el rendimiento basado es el coeficiente intelectual, desde allí se parte para continuar subdividiendo las diferentes áreas de funcionamiento del niño. Así es que el informe continúa describiendo la memoria semántica, la fluidez semántica y fonológica, la memoria inmediata auditiva y visual, el nivel de madurez perceptivo motora, la atención selectiva y la alfabetización (P:33:93). El informe concluye indicando la estimulación de psicopedagogía de las funciones de atención, organización de funciones ejecutivas, procesos de pensamiento lógicos necesarios para construir nociones de número y lecto-escritura. Además, sugiere consulta psicológica por la presencia de temores e indicadores emocionales proyectados en pruebas gráficas que exigen su abordaje (P33:94). De estas pruebas gráfica no se encontró registro en la escuela.

Por otro lado, también se realiza la consulta con dos neurólogos. Del primero la escuela registra, -en una reunión con los padres-, que diagnosticó un “déficit atencional bajo” e indicó un mapeo cerebral y consulta con psicóloga y psicopedagoga (P:33:12). En una reunión posterior los padres indican que cambiaron de neurólogo quien solicita un informe a la escuela y luego entrega la siguiente constancia:

Estimada Sra., le agradezco el informe que me envió de niño Carlos, el mismo presenta un cuadro compatible con Trastorno por Déficit de Atención.

Le adjunto pautas para trabajar en el aula. También le agradeceré un nuevo informe para ver la evolución.

La saludo Atentamente

P:33:88. [Fragmento de Legajo. Constancia de Neurólogo 1º grado. Caso Carlos]

En este caso, el neurólogo parece diagnosticar a partir del informe escolar solicitado y su observación clínica del niño, o al menos no deja constancia de haber

realizado otros estudios para su conclusión de un “cuadro compatible con Trastorno por Déficit de Atención”.

En el legajo consta el registro de que se le vuelve a enviar un informe escolar al neurólogo en 4to. grado (P:33:100) pero no hay constancia de ninguna devolución por parte del médico.

Al mismo tiempo el centro de integración de ese mismo año realiza un “Informe Narrativo” donde se consigna como diagnóstico en la portada: “Trastorno por Déficit de Atención” (P:33:46)

Posteriormente no se observa ninguna reevaluación en el legajo, llegando a 7mo. grado donde se consigna en la “Síntesis de Proyecto Pedagógico Individual Nivel Primario. Resolución N°311/CFE/16” elaborada por la escuela que el diagnóstico de discapacidad señalado continúa siendo: “Trastorno por déficit de atención (según psicodiagnóstico)” (P:34:1).

3.2. Los Efectos De Las Etiquetas Clasificadorias

La perspectiva teórica del etiquetado sostiene que existen etiquetas clasificatorias previas a la entrada de los niños al mundo y se insertan en lugares bien definidos en las conversaciones de los adultos (Goffman, 1993; Rist, 2001).

Si bien las etiquetas están permanentemente presentes en nuestro lenguaje cotidiano, dado que no podemos evitarlas, sí debemos poner la atención sobre el uso que se les da en la escuela (Valdez, 2016). Estas etiquetas demarcan límites y posibilidades en el desarrollo de los niños, observándose en la práctica un carácter de fijeza y perdurabilidad en el tiempo. Si se traza una dimensión temporal desde el primer diagnóstico hecho al niño y su situación actual (ver Tabla 3), se encuentra en los 3 casos que el primer rótulo asignado nunca se modifica se va arrastrando a lo largo del tiempo y/o se le van incorporando otras denominaciones. Este primer diagnóstico no se revisa ni se cuestiona en ningún momento, a pesar de existir disidencias de parte de los profesionales, o diferentes puntos de vista de los adultos que interactúan con el niño.

Tabla 7. Seguimiento del diagnóstico a través del tiempo

Caso	1° Diagnóstico	2° Diagnóstico	3° Diagnóstico	4° Diagnóstico	Certificado de Discapacidad	Situación Actual
Pedro	Sala de 4. Compromisos Cognitivos (PSP)	Sala de 4. Retraso Mental Leve.	Sala de 5. Trastorno global del desarrollo, con debilidades en el área de atención (PSP)	5° grado. Retraso Mental Leve. Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares y Deterioro del Comportamiento de grado no especificado ^a	Sala de 5 4° grado	7° grado. Certificado de Discapacidad (4° grado) en vigencia.
Juan***	Sala de 5. TDAH (Neurólogo)	//	//	//	Sala de 5	1° grado. Certificado de Discapacidad en vigencia.
Carlos	1° grado. Nivel de cociente intelectual general: Normal 90-109. (PSP)	1° grado. Déficit Atencional Bajo (Neurólogo)	1° grado. Cuadro compatible con Trastorno por déficit de atención (Neurólogo)	Retraso Madurativo ^b	(No hay referencias)	7° grado. PPI con diagnóstico "Déficit de Atención".

Nota. Se recuerda que el caso Juan la obtención de datos llega hasta primer grado únicamente.

^a Estos datos son transcripciones directas de lo consignado en el certificado de discapacidad emitido en el año 2016 (5° grado del alumno).

^b Este dato es obtenido de una referencia verbal hecha por la directora (P:7)

Caso Pedro

Se observa cómo el diagnóstico de Retraso Mental Leve perdura desde la sala de 4 de Nivel Inicial hasta 7mo. grado, sin haberse modificado en la reevaluación hecha en 4to. grado, sino por el contrario, habiéndosele sumado otros trastornos más. Resulta importante aclarar que, de acuerdo a la “Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad con Deficiencias Mental e Intelectual” (Ministerio de Salud de la Nación, 2015) para la evaluación y valoración de la discapacidad que se realiza para obtener el certificado único de discapacidad (CUD), se utilizan como herramientas dos clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS): (1) La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y (2) la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) . En el certificado de discapacidad emitido en el año 2016, la revisión del CIE utilizada era la décima, -CIE-10 (OMS, 2001)-, por lo que persiste la denominación Retraso Mental Leve, a diferencia del DSM-V publicado en el año 2014, en el que esta denominación fue cambiada por “Discapacidad intelectual” (APA, 2014).

Caso Juan

En el caso de Juan, si bien la línea temporal de seguimiento es más corta, de un primer diagnóstico hecho por el neurólogo en una sola consulta (P:5), se plasma rápidamente en el certificado de discapacidad quedando fijo en esa instancia.

Caso Carlos

A partir de su ingreso a una escuela diferente en 1er. grado donde se le solicitan las evaluaciones diagnósticas que arrojan como resultado el TDAH, se mantiene en toda la documentación del legajo de la escuela el mismo diagnóstico. Esto sucede a pesar de la diferencia de opiniones de la directora, siendo que para ella responde a un desfase (P:7); la psicóloga externa, quien expresa dificultades relacionadas con el temor y lo vincular (P:7); y las docentes, quienes observan como su atención depende de su interés y motivación (P:8 y P:9).

Como señala Valdez (2016), la cuestión del etiquetamiento generó repercusiones en el ámbito educativo, teniendo sus actores que enfrentarse en la práctica diaria a huir de las etiquetas ya que pueden llevar a la patologización o estigmatización, al mismo tiempo que resulta necesario conocer el diagnóstico para facilitar la búsqueda de los

apoyos y los recursos necesarios para comprender y ayudar a los niños (p. 62). Algo de esto se refleja en la visión de la PSP del EOE de la escuela de Carlos:

EOE (PSP): *Por un lado, uno entiende que está esto del no rotular y toda esta historia. Por el otro lado, yo considero que uno cuanto más sabe más puede profundizar en esto. Sino nos quedamos con indicadores de lo que uno ve, lo que nos parece, los maestros dicen: 'veo esto o me llama la atención esto', pero es como ir armando un rompecabezas. Distinto si uno tiene la voluntad de ayudar y de hacer la integración que creo que se lo mostramos a la familia con creces. Cuando te dicen: 'bueno es A', entonces uno investiga y ve cuales son las mejoras opciones y fortalezas que tiene Pedro, y que podamos ver y entenderlas de acuerdo a esto. Creo que hubo un momento en que todo hubiera sido más fluido. No se dio, también desde el neurólogo porque es de súper renombre y demás, pero por ahí han tenido malas experiencias con otros chicos en otras escuelas quiero imaginar yo. Que entonces si le ponen 'es tal cosa' la gente sale despavorida. La verdad que luchándola mucho, me parece que hubiera sido más fluido dedicarle más tiempo más que al convencer y justificar, hubiera sido mucho mejor. P2: PsicopedagogaEOE - 2:28. [Caso Pedro]*

En este caso la PSP del EOE indica que le hubiera resultado mejor tener un diagnóstico certero desde el principio para poder orientar las mejores opciones de aprendizaje para el alumno. Destaca que un diagnóstico reuniría la información y no quedaría diseminada en la visión de las maestras.

Además, agrega:

EOE (PSP): *Pero siempre el criterio mío personal es que el que tiene una dificultad, tiene que saberla, no se puede ocultar, te cuesta esto, esto y esto. La que sea y hay que decírsela. Y el resto lo tiene que saber. Hubo una época que no se decía, por ejemplo, había un chico Down en el aula y a los compañeritos nadie le decía nada. Entonces los chicos veían que había algo, los padres sabían que había algo y nadie lo decía. P2: PsicopedagogaEOE - 2:44. [Caso Pedro]*

Desde la mirada de las docentes, algunas están a favor de tener un diagnóstico que las oriente y otras prefieren no saberlo y vincularse con el alumno sin intermediación.

Docente: *A mí no me informaron nada del diagnóstico, yo cuando pregunté no me dijeron. Al Equipo de Orientación no le gusta mucho poner esto de los diagnósticos. Entonces, quedó ahí. Como estaba con acompañante yo dije bueno vamos viendo. Si veía que él por ahí no se enganchaba conmigo o algo así, por ahí si hubiese averiguado más. No para encasillarlo, sino para tener más herramientas. Si vos sabés qué tiene vos lo podés ayudar mejor. P4: Docente1º grado - 4:27 [Caso Juan]*

Docente: Yo llegué y me contaron de Carlos, qué tenía, cuál era su diagnóstico, y cómo se trabajaba. Cuando llegué tuve una reunión con la directora que masomenos te cuentan de todos los alumnos y en eso me habló de Carlos y me dijo el diagnóstico que tenía. Igual como estaba con la maestra integradora me dijo habló con ella y se ponen de acuerdo si tienen que hacer alguna adaptación. P8: Docente Lengua - 8:8 [Caso Carlos]

Estas docentes valoran la idea de llegar al alumno con información previa acerca de su diagnóstico y características, en función de ayudarlo mejor y realizar las adaptaciones necesarias.

Con otro matiz, la otra docente de Carlos explica:

Docente: Lo que yo fui aprendiendo sobre el diagnóstico es poco y como que uno va tratando de ir más del lado de no etiquetar y no un diagnóstico cerrado. Entonces mucho no me fijo eso. Es más lo que puede Carlos, lo que puedo hacer por Carlos, cómo modificar la actividades para que él alcance el contenido y ahí me quedo. Como que no me meto en profundidad con un diagnóstico. P9: Docente Matemática - 9:21. [Caso Carlos]

Esta docente se posiciona desde las posibilidades de Carlos con respecto al aprendizaje, y su propia práctica puesta en juego para modificar las actividades de manera de que él pueda alcanzar el contenido. Estas adaptaciones van en línea con el modelo social de discapacidad (Palacios, 2008), en tanto se proponen superar las barreras que impiden el acceso al aprendizaje del niño.

Por otro lado, las etiquetas diagnósticas también generan efectos en los padres que las reciben.

Madre: A mí me inquietaba eso, que pudiera crecer con sus amigos, que no lo vieran como alguien muy distinto, como una persona que tiene otras características. De hecho, si miramos un aula todos los chicos tienen distintas características, lo que pasa que al estar ya con un diagnóstico es más mirado, al menos es mi experiencia, se le presta más atención porque lo tiene, quizás otro tiene tal característica, pero no está en un papel anotado. Como nos pasó a nosotros, te entregan un papel y te dicen bueno es esto. Fue más mirado en teoría para acompañarlo, pero también se le marcan todas las cosas más, los avances y los errores. Mi preocupación fue el futuro y tratar de acompañarlo sin que se sienta estigmatizado. P 1: Padres - 1:21- [Caso Pedro]

La madre percibe así el doble efecto que puede tener el “papel anotado” donde se establece el diagnóstico, si bien el alumno es más mirado y analizado en detalle para que logre aprender de acuerdo con sus posibilidades, también se está más pendiente de sus fracasos.

3.3. La Variabilidad De Los Diagnósticos. Precisiones E Imprecisiones

La idea de que la neuropsicología o neuropsiquiatría podría resolver el problema de la objetividad de los diagnósticos ha sido criticada por las corrientes sociales de corte sociocultural e incluso por psiquiatras reconocidos que participaron de la elaboración del DSM (Rose, 2014; Frances, 2014).

En los casos descriptos en este estudio, se observa que las primeras evaluaciones que reciben los niños son realizadas por médicos, más específicamente neurólogos. Luego de arrojar resultados negativos respecto a posibles compromisos orgánicos, no se detuvo el procedimiento diagnóstico, sino que se continuó mediante la derivación a los expertos del área de evaluación psicológica (psicólogos/as o psicopedagogo/as que aplicaron las técnicas mencionadas en apartados anteriores). La no obtención de ninguna anomalía fisiológica o clínica por parte de los médicos refuerza la idea de que las hipótesis neuromoleculares distan aún de encontrar las causas orgánicas de los trastornos mentales, llevando a preguntarse acerca de los procesos de construcción de los mismos (Rose, 2012).

Madre: *En los estudios clínicos no dio ninguna anomalía. Lo que es neurología clínica no tiene nada, en la evaluación médica que le hacen una vez por año. P 1: Padres - 1:45 [Caso Pedro]*

Padre: *A todo esto, habíamos ido a ver a un neurólogo, le hicieron de todo, estudios de sueño con cablecitos, electroencefalograma de sueño prolongado. Todo le dio perfecto. Hicimos de todo. P:5. Padre – 5:10. [Caso Juan]*

Caso Pedro

La definición del diagnóstico de Pedro estuvo teñida por la incertidumbre tanto para los actores escolares como para la familia.

EOE (PSP): *En realidad, siempre nos costaba saber cuál era el diagnóstico, quedaba como muy tapado. El neurólogo decía una cosa, lo minimizaba, nosotros veíamos acá otra...*

Para cuando le hicieron el certificado de discapacidad pusieron ‘retraso madurativo leve’, pero antes había venido desde el neurólogo el ADD, después una psicopedagoga le puso ‘trastorno generalizado del desarrollo’. Después el neurólogo dijo que no era eso. Era todo unas idas y vueltas. La verdad que fue arduo. P 2: PsicopedagogaEOE – 2:6,2:16. [Caso Pedro]

La PSP del EOE resalta la diferencia de mirada entre lo que el neurólogo decía o indicaba y lo que la escuela veía en el niño. Luego muestra la diferencia de criterios entre el diagnóstico de “ADD” hecho clínicamente y lo posteriormente indicado en el

certificado de discapacidad como Retraso Mental leve. Además de un diagnóstico paralelo de una PSP de “trastorno generalizado del desarrollo”. Como bien señala la PSP del EOE, fueron todas “idas y vueltas” de indefiniciones e incapacidad de encontrar un correlato con un desorden fisiológico o trastorno mental y la situación de vida del niño.

Cierta falta de precisión también se halla en el relato que hacen los padres del niño con referencia al diagnóstico:

***Madre:** El diagnóstico es Retraso Mental Leve, del diccionario que usan uds. La primera vez lo hicimos a los 5 años y renovamos hace 2 años creo. Y ahora tenemos que volver a evaluar a fin del año que viene. En el último nos pusieron que era... no recuerdo exactamente, pero el mismo diagnóstico, pero en las habilidades escolares como orientado a la escuela. P 1: Padres - 1:14. [Caso Pedro]*

La madre de Pedro señala con claridad la diferencia entre el “diccionario que usan uds.” (haciendo referencia al entrevistador como psicólogo), y la vida de su hijo. Luego ni siquiera recuerda que otras nomenclaturas fueron colocadas allí, pareciendo no darle entidad a esas clasificaciones.

Como se mencionó anteriormente, tanto en el año 2011 como en el 2016 cuando fueron emitidos los dos certificados de discapacidad del niño, se utilizaba la CIE-10 (OMS, 2001), en la que estaba presente la nomenclatura de “Retraso Mental Leve”.

DIAGNOSTICO: CIE10..... F70

DSMIV..... F70.9 (317)

DIAGNOSTICO FUNCIONAL: CIDDMI

Deficiencia: INTELECTUAL..... Discapacidad: CONDUCTA

Minusvalía: INTEG. SOCIAL

Fecha de Emisión del presente: ... [] / [] / 2011

Validez del Certificado: VALIDO HASTA [] / [] / 2016

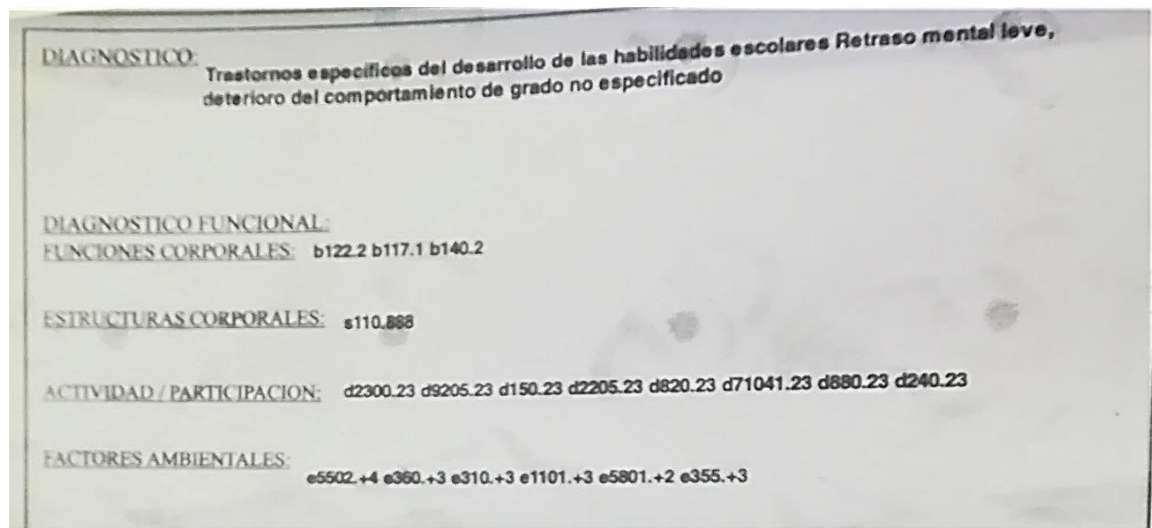
Ley 23876 Art. 1. En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que también se cubra al acompañante SI NO (Marcar con X lo que corresponda)

De conformidad con lo dictaminado por la Junta Evaluadora corresponde otorgar la certificación de acuerdo con el Art. 3 de la Ley 22.431.

[Fragmento de Certificado de Discapacidad Emitido en 2011 (Sala de 4). Legajo Caso Pedro]

Como relata la madre, en el segundo certificado fueron agregados otros diagnósticos además del Retraso Mental Leve, de acuerdo con la CIE-10 (OMS, 2001):

“Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares” y “Deterioro del comportamiento de grado no especificado”:



[Fragmento de Certificado de Discapacidad Emitido en 2016 (5to grado). Legajo Caso Pedro]

En conclusión, en el caso de Pedro, la falta de actualización del CIE-10 (OMS, 2001) hacia el año 2016 colabora en la persistencia del diagnóstico de Retraso Mental Leve. Se recuerda que el diagnóstico es un requisito para poder obtener el CUD en la categoría “Personas con Discapacidad con deficiencia intelectual y mental” (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

Caso Carlos

Si bien el diagnóstico no se vio modificado en términos formales (ver Tabla 7), sí hubo una modificación en su concepción desde la escuela, mostrando otra vez las dificultades de precisión a la hora de realizar el diagnóstico del niño.

DIR: *Entonces el neurólogo empieza a ver que en realidad no tenía que ver con un ADD sino que la barrera en aprender tenía que ver con este desfase madurativo. Porque nosotros íbamos viendo avances, pero a destiempo. A destiempo de lo esperable. Estaba haciendo avances de un inicio de segundo cuando estaba terminando tercero. P 7: Directora2 - 7:30. [Caso Carlos]*

La directora de Carlos señala que el neurólogo observa que la “barrera” para aprender no era causada por el déficit de atención sino por un retraso madurativo. Es decir, se cambia de etiqueta en función de otras funciones cerebrales supuestamente alteradas, pero no existe mención de ningún estudio que encuentre tal anomalía fisiológica en el niño.

Por otro lado, el término “barrera” utilizado por la directora presenta una dispersión respecto de su significado de acuerdo con el modelo social de la discapacidad (Palacios, 2008), ya que para este modelo las barreras implican la falta de acondicionamiento del medio o del entorno para favorecer el aprendizaje y desarrollo de las personas con discapacidad. El uso de “barrera” que hace la directora se aproxima más al de “limitación” ya que atribuye la causa de la dificultad para aprender a alguna anomalía del cerebro del niño en este caso.

El diagnóstico de desfase o retraso madurativo le resultaba ajeno a la directora de Carlos, en tanto no terminaba de abarcar las dificultades observadas en el ámbito escolar.

DIR: *Si es un retraso madurativo de dos años aproximadamente. Cuando nosotros recibimos el certificado del neurólogo con el diagnóstico que decía ADD y firmó. Bueno, si lo dice un profesional bueno nada. Pero a nosotros no nos cerraba. Decíamos, está bien si tiene que ver con la atención, o sea, pero había algo más que a nosotros nos estaba haciendo ruido. P 7: Directora2 - 7:69. [Caso Carlos]*

Por último, la PS del EOE interno de la escuela de Carlos, se pregunta acerca de la falta de precisión que generan los diagnósticos categoriales, en la medida en que no singularizan las dimensiones personales de los niños.

PS: *Lo que siempre te hace ruido en este tipo de diagnósticos primero es que no es igual en todos los chicos. O sea que otros chicos que están diagnosticados igual, no eran iguales que Carlos. La segunda cuestión es que Carlos en las cosas que quiere presta mucha atención. Por ejemplo, hay temas que le fascinan como eran los temas de dinosaurios, y ahora también hay tema de historia que le fascinan donde él te podía hablar, te podía prestar mucha atención. Y si no era ese tema la clase siguiente se dormía. P10: PsicólogaEOE - 10:6. [Caso Carlos]*

Cuando se sale de la idea de las funciones o procesos cognitivos moleculares (Rose, 2014), se encuentran otros ámbitos y visiones del niño que muestran sus recursos y posibilidades como, por ejemplo, que la atención de Carlos no presenta ninguna dificultad cuando los temas son de su interés como los que relata la PS (los dinosaurios o la historia). Es decir, parece que el niño presta atención de acuerdo con sus intereses y motivaciones, por lo tanto, su atención varía según las situaciones de aprendizaje que se le presentan y el tipo de relación que puede establecer con ese entorno específico. Los diagnósticos hechos por los profesionales externos no parecen tener en cuenta las situaciones específicas pedagógicas que suceden en el ámbito escolar. Por el contrario,

los diferentes actores de la escuela aprecian y resaltan las diferentes relaciones que establece el alumno con los diferentes escenarios.

En resumen, se aprecia en este apartado las dificultades de establecer un diagnóstico que resulte preciso para la complejidad de situaciones sociales y entornos con los que interactúa el niño. Como se retomará posteriormente, esta dificultad responde a la distancia que existe entre un diagnóstico categorial de un manual como el DSM y la multiplicidad de aspectos y relaciones por las que atraviesa un sujeto.

3.4. La Construcción De Prescripciones Y Pronósticos

Una vez que el niño ingresa en los mecanismos de evaluación y diagnóstico, a partir de los saberes técnicos de los expertos en desarrollo y aprendizaje, los mismos construyen pronósticos acerca de su futuro. Estos pronósticos serán transmitidos a los padres, quienes sacarán sus propias conclusiones, al igual que los actores escolares.

El diagnóstico parece implicar siempre el déficit de lo que el niño no puede hacer o le resulta dificultoso, por lo que hay pronósticos que intentarán mitigar las fallas que se instauran con la identificación del trastorno, y otros que por el contrario señalarán los límites y sostendrán la sospecha que lo acompañará en los diferentes pasajes de su vida (Baquero, 2001).

Caso Pedro

El comienzo fue alentador por parte del equipo médico, -según la referencia de los padres-, a pesar de que ya en preescolar comenzaron los trámites para obtener el certificado de discapacidad.

***Madre:** Siempre se nos dijo que de adulto iba a poder hacer una vida normal como cualquiera de nosotros y que iba a poder trabajar. Desde el vamos nos explicaron eso, porque aparte no fue un nene que se notó algo de recién nacido. Nadie nos detectó nada hasta el día que entramos en esta institución, ni pediatra ni las maestras del colegio anterior, fue salita de lactario, deambuladores de 1, y de 2. P1: Padres - 1:16. [Caso Pedro]*

El pronóstico de la escuela, por el contrario, no fue tan alentador.

***Madre:** Porque ahora está con una doble integración. Este colegio es turno mañana y turno tarde, en su momento también nos decían si no era mucho una doble jornada para él. Se evaluó también el contexto familiar, nosotros los 2 trabajamos, tenemos una profesión. P 1: Padres - 1:37. [Caso Pedro]*

La idea de que la doble jornada era mucho para él puede leerse como un intento de la escuela de generar algún tipo de modificación en la rutina escolar que sea más

adecuado para el niño. Lo que puede cuestionarse es la presuposición de que estas dificultades sean solamente un problema del alumno. Esta presuposición puede notarse en la siguiente expresión de la PSP del EOE:

EOE (PSP): *Como siempre le digo a los padres, nunca esperen que yo los llame para decirles que está todo bien. Si está todo bien, les voy a pedir algo más, así que no va a estar todo bien. P 2: Psicopedagoga EOE - 2:31. [Caso Pedro]*

Se evidencia aquí cierto efecto de falta constante que cae sobre el niño una vez ingresado en el circuito de diagnóstico e inclusión. El problema no está situado en la intención de seguir realizando mejoras, sino en que esas mejoras incluyan también los aspectos pedagógicos y las condiciones de aprendizaje que puedan brindarse al alumno.

Caso Juan

En el caso de Juan, el padre relata algo similar Si bien la escuela toma una medida de adecuación para el alumno, es sentida por los padres como un rechazo.

Padre: *Así estuve todo sala de 4, con muchos problemas en la escuela, le redujeron la jornada educativa. Hacía solo a la tarde. Tenía una persona que lo cuidaba en la casa de la madre, hicimos malabares porque no lo aceptaban en el colegio todo el día, decían que no era para él. Hasta que a principio del año pasado, antes de entrar a sala de 5 se complicó mal en la colonia de vacaciones P5:Padre - 5:10 [Caso Juan]*

Lo que puede situarse aquí de estas primeras prescripciones hechas por la escuela es que se sustentan en la idea de que el formato escolar ofrecido por esa institución no es para ese niño. Esto es sentido así por los padres obligándolos a tener que “hacer malabares”, es decir, a realizar una gran serie de ajustes familiares.

Caso Carlos

Desde primer grado ya se pensaba en la permanencia, -no llevándose a cabo por no estar permitido en la legislación-.

DIR: *Todo esto primer grado, más allá de que hay una legislación que es la unidad pedagógica, que no se puede hacer permanencia en primer grado, tienen que pasar a segundo a como de lugar, a nosotros también se nos presentaba este inconveniente: Carlos forma parte de la última promoción de jornada simple. Todos los que están debajo, es decir hoy, de primero a quinto grado, esta escuela es jornada completa. Entonces, si Carlos se quedaba en primer grado iba a ir a una jornada completa que para él era devastadora. Imaginate, no bancaba de 7.30 a 12.20, ¿cómo banca de 7.30 a 16.15? Entonces también teníamos una limitación nuestra. P 7: Directora2 - 7:15. [Caso Carlos]*

Del relato de la directora se infiere que, si bien ella señala que la limitación era de la escuela, el déficit está puesto sobre el alumno, “¿cómo banca de 7.30 a 16.15?”. Y sobre el futuro de Carlos, la idea de una doble jornada se presenta como imposible para él, lo cual trae a un primer plano el conflicto entre un formato escolar con pocas posibilidades de flexibilizarse en función de las características singulares del alumno.

Hacia 3° grado la situación se va complejizando aún más en la medida que crecen las exigencias de la currícula.

***DIR:** Entonces, en tercero no podíamos dar respuesta y nos preocupaba cuarto grado que empiezan las áreas, una maestra para práctica de lenguaje y sociales y otra maestra para matemática y naturales. Carlos necesitaba alguien que lo estuviera organizando todo el tiempo. Esto nosotros no lo podíamos garantizar. P 7: Directora2 - 7:29. [Caso Carlos]*

La directora identifica nuevamente las limitaciones del formato escolar ofrecido, e intentan subsanarlo mediante el pedido de una docente integradora para el próximo año.

Visto y considerando que al día de hoy Carlos logra avanzar en su proceso de aprendizaje acompañado por un docente que andamia y guía; y que el 4to grado implica una complejización de contenidos, la incorporación de las materias de ciencias, la ampliación de la producción escrita; acordamos con la psicopedagoga de Carlos en que la estrategia adecuada es incorporar el trabajo de una docente integradora para el ciclo lectivo 2015 en función de guiar el proceso de aprendizaje y brindar un acompañamiento individualizado dentro del aula. P33:30 [Fragmento de informe escolar 3° grado. Legajo Caso Carlos]

Posteriormente en una entrevista realizada a los padres en 4to. grado por parte de la escuela, ellos refieren que acudían a una profesional en preescolar quien les había sugerido “una escuela de jornada simple, que no sea bilingüe y con menos cantidad de alumnos” (P33:41). Es decir, la profesional también había advertido previamente que las condiciones de una escuela con ese formato serían poco favorables para Carlos. Lo que se quiere resaltar aquí es el campo de conflicto que aparece entre las condiciones normalizadas de la escuela, y las características singulares del alumno. La propuesta de elección de otra institución por parte de la profesional parece apuntar a sortear ese conflicto.

En 5to. grado, el pronóstico desfavorable se establece durante el mismo ciclo lectivo. En una entrevista escolar realizada ese año se les dice a los padres:

Si bien aún es temprano para determinar si podrá o no cumplimentar las metas propuestas que se requieren para aprobar matemática de 5to grado, conversamos con la familia que según lo que estipula la legislación vigente, en caso que no sean completados los contenidos de matemática se podrán retomar

el año entrante teniendo que realizar matemática de 5° grado, pero sin necesidad de realizar una repitencia.

Le recordamos a la familia, tal como dijimos en el contrato firmado a principio de año que en caso que Carlos llegue a 7mo grado no habiendo cumplimentado los contenidos del nivel primaria podrá rehacer el grado en ese momento de modo no pierda continuidad con su grupo de compañeros. P 33:56 [Fragmento de entrevista a padres. Legajo Caso Carlos]

Es decir, se establece ya desde un comienzo la no posibilidad de alcanzar los contenidos de matemática no solo de ese grado sino de toda la primaria, anticipando que en caso de que esa situación ocurra, deberá repetir el grado, faltando todavía aún 2 grados. Esta predicción desfavorable parece mostrar los límites de las lógicas de acreditación de la currícula y las dificultades para aplicar instrumentos que puedan flexibilizarlas.

Finalmente, cuando el alumno llega a 7mo. grado, se le pronostica que el secundario será muy difícil para él, aduciendo que esa escuela no es la indicada ya que no le pueden dar lo que él necesita.

DIR: *El gran hueso ahora, que está haciendo un trabajo muy fino la psicóloga de afuera, que, por una dificultad de nuestro secundario, no de Carlos, este secundario no es el mejor para Carlos. Porque es un secundario masivo, muy exigente, la integración en secundaria también es muy diferente a la de la primaria, todas las materias del secundario son promocionales. En secundaria no hay que hacer un PPI por cada una de las áreas. Carlos te imaginás, que por supuesto asiste a las clases de inglés y todo, pero se le adecua todo el tiempo, en el secundario sería muy difícil... **Nosotros tenemos claro que, -es terrible lo que te voy a decir-, un “no” a Carlos. Pero no queremos que sea un “no” que la familia lo sienta como una cuestión de expulsión, que en un punto no voy a negar que lo es. Pero que entiendan que no podemos dar respuesta a lo que él necesita. Hoy en las condiciones en las que estamos no les podemos dar respuesta. Así que bueno, el tema está planteado. P 7: Directora2– 7:47, 7:51 [Caso Carlos]***

Se observa que el discurso señala las fallas como propias de la escuela, pero él que no se podría adaptar a eso es Carlos, por lo cual se crea un pronóstico desfavorable sobre el alumno y sus posibilidades de adaptación en esa escuela secundaria. Como señala Baquero (2008. p. 21), la predicción completa sería: “... este niño difícilmente progresa en la escolaridad común habida cuenta de lo que indican los resultados de la exploración (y dado que debemos considerar improbable que se modifiquen de modo sustantivo las condiciones de la enseñanza escolar)”. Es decir, en este caso la directora puede dar cuenta de que la dificultad no es propia de Carlos, sino de las condiciones de enseñanza del secundario, dado que no podrán ser modificadas de manera significativa para poder incluir al alumno.

En resumen, los pronósticos realizados tanto por los profesionales externos como por los docentes, directivos y miembros del EOE de las escuelas, se hacen en base a la consideración de cierta rigidez de un formato escolar normativizado, que busca resultados y rendimientos homogéneos de todos sus estudiantes por igual. Es dentro de esta lógica que todos estos actores intentan advertir a los padres de los 3 casos estudiados que busquen otras escuelas con distintas condiciones educativas. La dificultad que puede observarse es la de que a pesar de que las escuelas implementan las adecuaciones a su alcance para generar la mayor cantidad de condiciones inclusivas para sus alumnos, aparecen límites y lógicas de exclusión ligadas a los procesos y marcos institucionales.

4. La Política De Representación

Durante el proceso por el que un niño termina siendo diagnosticado con TDAH e incluido en un proyecto de inclusión escolar aparecen diferentes miradas por parte de los adultos que intervienen. Estas representaciones en muchas ocasiones no concuerdan y tienen características particulares. De acuerdo con el estudio de Mehan (2001), la forma de representar al niño según los padres es a través de un discurso histórico donde se rescatan los avances y mejorías en el tiempo en situaciones contextuales específicas. Por su lado, los docentes suelen colocar la dificultad o el problema en el alumno, pero sus relatos son situacionales y rescatan los aspectos motivacionales del niño. Por último, los profesionales que lo evalúan utilizan un lenguaje técnico circunscripto a un período breve de contacto con el niño, en el cual se establecen afirmaciones cerradas que responden a los resultados de los tests, ubicando los problemas a aspectos relativos a la naturaleza del niño.

Estas formas de representación cobran presencia en el legajo a través de la participación de los diferentes actores mencionados. En la textualización, que implica el pasaje de la situación original a su registro en el legajo, se genera una desigualdad de las diferentes voces, siendo que algunas predominan sobre otras, especialmente la de los profesionales del EOE (Cimolai, 2005; Toscano, 2005).

4.1. Discursos Y Criterios De Docentes y Directivos

Caso Juan:

En este caso se observan diferencias entre la mirada y la forma de representar al niño de la directora de nivel inicial y el de la maestra de 1er. grado.

La directora describe:

***DIR:** El nene vino acá desde muy chiquito y siempre tenía como conductas que llamaban la atención, en cuanto a impulsividad y demás, pero bueno, era manejable. Hasta que llegó un punto, sala de 4, en donde se empezó a complicar porque el nene más grande, empezaba a tener impulsos, enojos, en donde los compañeros le empezaron a tener miedo...*

Llegamos a períodos de muchísima violencia. Al principio a mí me registraba dentro del colegio como la directora que solo intervenía en los casos más graves, entonces conmigo como que se frenaba. Pero ya llegó un punto en que ni siquiera a mí me registraba, me pegaba, te imaginás que yo tenía moretones, horrible fue...

Con respecto a este nene, en realidad, veíamos que había algo más de esto. Yo era de las que pensaba que tal vez una medicación en este caso era... Porque no

*había nada que vos puedas trabajar desde lo conductual que lo pudiera bajar. Ni una anticipación, o sea, nada. Lo que yo sentía es que él no lo podía manejar. O sea, ese impulso él no lo podía manejar. Ni siquiera la presencia del adulto lo podía... En este caso pienso: estaba la hiperactividad, estaba la falta de atención, me parece que **había algo que tenía que ver con el ADD**. O sea, hay un problema conductual, una hiperactividad constante, una ansiedad y era inmodificable por terapias conductuales. Lo que funcionaba un día el otro no funcionaba. Decíamos hoy estuve bárbaro y al tercer día por algo desencadenaba. Entonces, eso a mí me daba la pauta de que **había algo de funcionamiento interno, no sé si de neurotransmisores o cómo llamarlo que no conectaba**. [P3: Directora1. 3:3, 3:7 y 3:35. Caso Juan]*

Si bien plantea un relato situacional e histórico, donde ella misma se involucra como participante, posteriormente cierra con la idea de que los problemas estaban en la alguna condición interna del niño, -algo de su “funcionamiento interno”-, ante los fracasos de las estrategias escolares implementadas. La directora parece entonces prestar más atención a los criterios médico-patológicos que intentan dar una explicación causal poco específica, en vez de dar lugar a la subjetividad del niño y desde allí poder ofertar oportunidades para que pueda ocupar otro lugar respecto al aprendizaje (Brignoni, 2012).

Por otro lado, la maestra demuestra una mirada más apegada a lo situacional y a su vínculo puntual con el niño.

Docente: *A él lo que más le complicaba era por ejemplo cuando yo decía que íbamos al recreo abajo y de golpe había que cambiar el recreo a arriba, y ahí empezaba el berrinche. Yo siempre con Juan traté de no engancharme, o sea las cosas son así y bueno... Lo que más le cuesta es esto de los cambios que te decía antes...0 Como que estoy todo el tiempo cambiando. Eso para Juan no está bueno, o él cree que no es bueno. Al principio le costaba más y ahora se está adaptando bien a esta locura de la maestra de cambiarle las cosas... El año pasado se quedaba más con el enojo, le agarraban estos berrinches y duraban más tiempo. Ahora como que corta bastante rápido...*

Por lo que me han contado el año pasado no era así. Ahora está más permeable. O será que yo no le doy vuelta, es: ‘ah no querés ir? no vayas, ¿no querés jugar? Listo se terminó’ o: ‘el recreo es acá, no hay otra’. Y no me engancho, lárgate a llorar, pataleá, listo yo sigo con los demás. Y me parece que ante eso él dice o cambio la actitud o la vida continúa. Entonces como que vuelve rápido del enojo. Si bien está el acompañante tiene que interceder muy poco, 1 o 2 veces por semana. P 4: Docente1º grado - 4:15, 4:19, 4:20, 4:2 y 4:30. [Caso Juan]

Si bien la docente también parcialmente individualiza las fallas en Juan, no lo generaliza y señala situaciones vinculares donde su interacción modifica la del alumno. También señala una mejoría respecto al año pasado, desde un discurso más histórico.

Caso Carlos:

En este caso ambas docentes resaltan situaciones donde se juega el aspecto vincular entre ellas y el niño. La docente de Lengua y Literatura describe:

***Docente:** Cuando yo llegué él se dormía mucho, él tiene déficit de atención... Cuando yo llegué y teniendo en cuenta que mis materias son un poco densas para él se dormía mucho, él tiene retraso madurativo y déficit de atención...*

Cuando yo llegué el primer problema que tuve fue ese, porque se perdía toda la explicación o quería participar, no participar sino que estuviera atento, entonces mostraba videos y otras cosas y con algunas se enganchara y otras no. Ahora en vez de dormirse, dibuja, pero mientras que dibuja te está prestando atención perfectamente. Entonces yo lo dejo dibujar, porque tal vez cuando ya es demasiado para él, ya se cansa, dibuja, y si vos vas después y le decís algo te das cuenta que te escuchó. Eso yo lo veo como bueno, lo logró en el último bimestre...

También depende mucho del tema, en sociales estuvimos trabajando el campo, y la familia tiene algo que ver con el campo, ahí estaba re enganchado, vimos circuito productivo, entonces los hice buscar imágenes en la computadora y como que todo eso lo mantuvo más interesado en el tema. También en sociales hizo un trabajo práctico de a 2 durante todo el bimestre, lo cual lo puse con uno que es amigo de él, entonces eso hizo que mantenga la atención. Como que también él decía: 'uy no lo puedo dejar solo porque el trabajo es de a dos, es de un tema que me gusta, entonces presto más atención'...

Por suerte entablé un buen vínculo con él porque me parecía que era lo que necesitaba para trabajar bien con él. Acercarme, saber lo que le gusta, lo que no le gusta...

Yo nunca había tenido un alumno integrado. Cuando lo conocí, es un chico igual que todos los demás. En el aula se animó a participar, yo pensé que él iba a estar aislado o no iba a tener tantos amigos. Como son 38, no sabía bien cómo iba a ser él dentro de esa aula, creí que iba a ser más solitario, que iba a estar más con su maestra. P8: Docente Lengua - 8:2, 8:4, 8:7, 8:12 y 8:14. [Caso Carlos]

El relato de la docente marca la dimensión temporal, desde que comenzó a trabajar hasta el día de hoy y los cambios que se fueron dando. También señala las situaciones específicas del contexto áulico donde se manifiesta el problema de dormirse y las excepciones o mejorías que ella fue encontrando. Por último, reflexiona sobre sus preconceptos y expectativas sobre los alumnos integrados, rescatando la no diferencia con el resto de sus alumnos.

La docente de matemática por su lado señala los problemas puntuales que tiene en su área rescatando la motivación a partir de las buenas notas que obtuvo al principio del año:

***Docente:** Pero igual en el período diagnóstico le fue muy bien, y eso lo motivó, porque ver nota "muy bueno" lo motivó para arrancar bien el año. A medida*

que avanzamos con los temas del año viene bien, realmente no es que tenga “regular” ni nada. Viene con “buenos” y “muy buenos”. Pero bueno, frente a cada problema ahí si necesita acudir a la integradora. Cuando es alguna cuestión mecánica enseguida la saca. P 9: Docente Matemática - 9:5. [Caso Carlos]

Distingue entre las cuestiones específicas de aprendizaje del área y su relación con el alumno, señalando sus intereses.

***Docente:** Fuera del área, en lo que es nuestro contacto, es un chico que busca acercarse, hablarte, le interesa hablar sobre temas de política. Está muy interesado ahora en el conflicto con Corea, sabe más que yo. De hecho, hay momentos que le tengo que decir: ‘Mirá Carlos, no vi el noticiero, no estoy muy enterada de lo que me estás conversando, lo investigo y después conversamos’. P 9: Docente Matemática - 9:12. [Caso Carlos]*

Al igual que la docente de Lengua y Literatura, manifiesta abiertamente sus expectativas y miedos frente al alumno, rescatando el buen vínculo que se generó luego de conocerlo en un período de tiempo:

***Docente:** Al principio tenía el temor de cómo iba a ser mi vínculo con él, ¿lograré que haga algo, que aprenda algo? Y automáticamente me compró al término del primer bimestre, se me acercó un día y me dijo: ‘ay señor, yo te quiero a vos, me caés muy bien’. Ya está, me metió adentro del sobre, ahí me di cuenta que yo llegaba a él y que podíamos establecer un vínculo desde ese lugar, bien. P 9: Docente Matemática - 9:27. [Caso Carlos]*

Las características del discurso de las docentes descritas en este apartado coinciden con los hallazgos de Toscano (2005): (1) la dimensión temporal responde a la vida cotidiana de la escuela; (2) las docentes señalan aspectos parciales del alumno, no categorizaciones totales y/o determinantes; y (3) señalan también aspectos positivos del niño.

4.2. Discursos Y Criterios Del EOE

En el caso de los profesionales del EOE (psicopedagogas/os y/o psicólogos/as) su modo de representar al niño se compone de lenguaje técnico a la vez que de situaciones escolares específicas que les son relatadas por los docentes o directivos de la escuela. A diferencia del estudio de Mehan (2001), ellos no son los encargados de realizar el procedimiento diagnóstico, pero sí de recibirlo en la escuela y socializarlo, -o no-, con los docentes.

Caso Pedro

En el caso de Pedro, la psicopedagoga del EOE presenta un discurso histórico sobre hitos del desarrollo desde fundamentos técnicos.

EOE (PSP): *Pedro está en 7mo. ahora. Empezó con nosotros en sala de 3. Lo que sí vimos desde primer momento que tenía conductas que llamaban mucho la atención. No tenía lenguaje, al menos acá en la escuela, no sostenía la mirada, se alejaba del grupo, no iba incorporando los hábitos, a pesar de que las maestras iban focalizando expresamente en eso. P 2: PsicopedagogaEOE - 2:1 [Caso Pedro]*

La PSP ubica aspectos del desarrollo del niño que no concuerdan con las expectativas para su edad ni responde a las intervenciones de las docentes sobre estos puntos.

EOE (PSP): *Otra cosa de las que se trabajó un montón era bueno 'hay que entregar el cuaderno de comunicados, bueno andá y presentalo vos'. Eso parecen tonterías, pero para él, cuando logra eso es enorme. Hay que pensarlo desde afuera, instrumentarlo, y que lo pueda hacer. Como cada cosa que por ahí en otro chico es absolutamente **natural**, en él hay que ir siguiendo como distintos pasos.*

Yo creo que conforme tenga buenas experiencias y no vaya pasando nada traumático en el medio, yo creo sí va a ser de esas personas que uno va a un lugar y decís: 'qué raro'. Pero si sigue en la línea de acompañamiento que tiene. Igual es una familia bastante retraída. El más grande también y el más chiquito también. Hay temas que son sello... Yo cuando estaba en 6to. le dije: 'Pedro mirame' y me dice: 'No puedo'. Entonces le dije: 'Hace el esfuerzo, aunque no puedas mirar a la otra persona, aunque sea mirá acá, fijá la vista ahí, en definitiva, no la estás mirando a los ojos pero parece'. Y algunas cosas intentaba, porque sino era pobrecito vos lo veías así. P 2: PsicopedagogaEOE - 2:26 y 2:47 [Caso Pedro]

Señala además la característica de rareza y retraimiento en la familia, ubicando allí también las causas de la distancia entre el desarrollo esperable del niño y las características observadas en las situaciones escolares referidas.

Por otro lado, aparecen otros dos entornos distintos donde Pedro se desenvuelve de otra manera, el teatro y el club. Sin embargo, no parecen ser tenidos en cuenta a la hora de representar al niño, ya que como menciona anteriormente, siempre lo acompañará la sospecha de que “es raro”.

EOE (PSP): *Una de las cosas que fue muy bueno el puente fue con el profesor de teatro, él se empezó a soltar bastante más con el profesor de teatro. Que acá no es que hacen teatro, por ejemplo, una actividad que había un montón de sillas y cada uno tenía que pasar y poner una silla en el escenario y la condición era que cada silla tenía que tocar en algo la silla del otro. Y después por grupitos tenían que mirarlo y decir que era, por ejemplo, decían que era un*

dinosaurio y tenían que justificar. Otro decía que era una máquina de no sé qué y justificarlo. Y después a eso lo representaban, estaba buenísimo. Y ahí Pedro la verdad que re bien, con esta modalidad de trabajo. Empezó a ir a un club. P 2: PsicopedagogaEOE - 2:41 [Caso Pedro]

Caso Juan:

En el caso de Juan, el psicólogo del EOE presenta una mirada distinta. Las dificultades del niño son leídas en foco a lo relacional con la maestra y las condiciones del entorno escolar.

***EOE (PS):** Así fue que lo conocí a Juan, y lo conocí en un momento bastante álgido de su conducta, de su comportamiento. Porque recién empezaba con el acompañante, tenía todos los días dificultades, reacciones denominadas disruptivas, en la sala, con las maestras. Yo creo también que la maestra que tenía que era como su referencia, la maestra de la sala. Ya **habían construido un tipo de relación que a él no le favorecía, a ninguno le favorecía**, porque él ya había encontrado el punto sensible de la maestra. Entonces iba a provocarla todo el tiempo, la maestra se enganchaba en esa dinámica, entonces era una historia de nunca acabar y su excitación iba increyendo. Yo creo que eso dificultó bastante, estaba muy desgastada ya la relación. P 6: PsicólogoEOE - 6:1. [Caso Juan]*

A la hora de hablar de las mejorías también destaca aspectos relacionales en este caso del niño con su familia. Utiliza además un lenguaje técnico propio del discurso psicológico que le permite explicar la causa de la mejoría por “identificación”.

***EOE (PS):** Seguramente el contexto familiar habrá pasado algo, yo no sé porque no hablé con los papás. Solo sé que se organizaron en cuanto al tratamiento y eso creo que los ayudó a todos. El padre es un tipo así... digamos que el nene es un reflejo en muchas cuestiones del papá. Y al papá lo veo más tranquilo, por lo tanto, creo que también él está más tranquilo un poco por **identificación**. P 6: PsicólogoEOE - 6:4. [Caso Juan]*

Caso Carlos:

En el caso de Carlos, la psicóloga del EOE presenta un discurso histórico en el que se marcan las mejorías, pero también las limitaciones de las condiciones de aprendizaje.

***EOE (PS):** La alfabetización le cuesta, sobre todo lo que se empieza a notar es el tema de la fatiga, no copiaba, no llega a escribir y llega a tercer grado alfabetizado, puede identificar las letras, puede escribir, pero la producción es muy poca de lo que puede hacer y necesita un acompañamiento permanente que ya en tercero no lo tiene en el dispositivo de esta escuela. P10: PsicólogaEOE - 10:02. [Caso Carlos]*

Cuando la PSP refiere al dispositivo de la escuela, hace mención a que, en 1er. y 2do. grado, - por decisión propia del equipo directivo-, se disponen 2 maestras, una como titular a cargo y la otra ocupando un rol de acompañamiento extra. Desde 3er. grado no se cuenta con una maestra extra que sería la que podría realizar el acompañamiento permanente que según su visión necesitaba Carlos. Se observa que el discurso de la PSP apunta al interjuego entre las dificultades propias del niño y las condiciones que la escuela puede o no brindarle para desarrollar sus procesos de aprendizaje.

Al igual que en los otros 2 casos, también señala aspectos de la vida familiar en torno a la rutina y organización de los tiempos en casa que afectarían al niño.

EOE (PS): *Tiene que ver con un tema de fatiga en lo escolar. Dormirse literal, eso lo estamos hablando con los papás porque nosotros tenemos la teoría de que él no tiene rutinas incorporadas de la casa. O sea que él se acuesta tarde, de hecho, él te lo dice, se queda con la tele prendida, se queda jugando. Capaz que hay otros chicos que pueden sostener eso, pueden sostener la escuela acostándose tarde a su costo. Pero él no. Hay chicos que necesitan dormir la siesta y otros que no. El necesita sostener una rutina y esa rutina no tenemos claro que se sostenga desde casa. Y eso es muy fuerte y hemos presionado un montón y seguimos presionando porque es necesario. En eso Carlos no se autorregula. Entonces viene acá y se duerme y no hay forma de despertarlo y se plancha. P10: PsicólogaEOE - 10:07. [Caso Carlos]*

Por otro lado, aparece el lenguaje técnico apoyado en el saber psicológico.

EOE (PS): *Si vos hablás con Carlos a veces sentís que algunas cuestiones, las cuestiones más irónicas y eso no. En primera instancia, él necesita esto, pasos para la explicación. No es que no lo pueda entender, sino que necesita más pasos para entender lo que se le está diciendo. Las sutilezas en el lenguaje, lo metafórico. De hecho, a veces notás que él te habla en neutro en algunas cosas. La verdad es que fue avanzando un montón en eso, pero bueno. P10: PsicólogaEOE - 10:09. [Caso Carlos]*

Finalmente, otra dimensión que se expresa es la relación vincular del niño en el aula, en este caso con su hermano con quien comparte el grado.

EOE (PS): *También se arma un tema con el hermano dentro del aula. El hermano habla mucho por Carlos. Lo que Carlos quiere decir, el hermano lo termina diciendo por él. Yo apostaría a que JP esté solo, en relación a los hermanos, pero no sé cómo. Para mí sería una intervención interesante. El hermano no lo hace a propósito, es una dinámica fraterna. P10: PsicólogaEOE - 10:16. [Caso Carlos]*

4.2.1. Cuestionamiento De Los Diagnósticos Externos

En los 3 casos estudiados, los miembros del EOE señalaron una desconfianza hacia los diagnósticos hechos por los profesionales externos. Teniendo en cuenta su posición de profesionales dentro de la escuela, las etiquetas cerradas que son puestas desde afuera sin el conocimiento del día a día ni una observación prolongada del niño, no les resultan ajustadas a la singularidad y complejidad de la participación de los niños en el ámbito escolar.

Caso Carlos:

La psicóloga del EOE de Carlos dice:

***EOE (PS):** Lo que siempre te hace ruido en este tipo de diagnósticos primero es que no es igual en todos los chicos. O sea que otros chicos que están diagnosticados igual, no eran iguales que Carlos. La segunda cuestión es que Carlos en las cosas que quiere presta mucha atención. Por ejemplo, hay temas que le fascinan como eran los temas de dinosaurios, y ahora también hay tema de historia que le fascinan donde él te podía hablar, te podía prestar mucha atención. Y si no era ese tema la clase siguiente se dormía. P10: Psicóloga EOE - 10:06. [Caso Carlos]*

Se observa que el diagnóstico de TDAH es cuestionado desde una mirada situacional y ligada a los intereses propios del niño en otras áreas que no son precisamente las evaluadas en los tests o incluso las más valoradas por el dispositivo escolar.

A este cuestionamiento se suma el de la directora, desde una mirada colectiva del niño, es decir, incluyendo cierto consenso con los demás actores escolares, que de todas formas se ve obligada a acatar el discurso psicológico como autoridad.

***DIR:** Si es un retraso madurativo de dos años aproximadamente. Cuando nosotros recibimos el certificado del neurólogo con el diagnóstico que decía ADD y firmó. Bueno, si lo dice un profesional bueno nada. Pero a nosotros no nos cerraba. P 7: Directora2 - 7:76. [Caso Carlos]*

Caso Juan:

En el caso de Juan, el psicólogo del EOE realiza una crítica y advierte de los posibles efectos de una “clinicalización” de los niños.

***EOE (PS):** Si siguen así va a ser una pandemia, si se sigue justificando desde el lugar médico de la salud o de la cuestión psicologizante va a llegar un momento que va a ser tan masivo. De hecho, a mí me pasa, cada vez veo más chicos que están clinicalizados digamos, que hacen algún tipo de tratamiento psicológico o psicopedagógico. Cada vez hay menos resistencia de parte de los padres, más bien te diría todo lo contrario, hay más demanda porque me preguntan a mí con*

respecto a mandar a los chicos a tratamientos enseguida por cualquier tipo de dificultad que encuentren acá en la escuela. Yo trato de parar eso desde mi posición, y de que se piense desde otro lugar. Pero es difícil, porque de todos lados la demanda viene más en ese otro sentido. P 6: Psicólogo EOE - 6:11. [Caso Juan]

Caso Pedro:

Por su lado, la psicopedagoga del EOE de la escuela de Pedro, plantea la poca utilidad de la información recibida a partir del diagnóstico de los profesionales externos para implementar ayudas para el niño en la escuela. Al igual que en el caso anterior también advierte de un efecto de moda de los diagnósticos.

EOE (PSP): La verdad generalmente no hay un aporte de los profesionales externos, más que la planillita que dice de sentarlo adelante, tiene dislexia, tiene ADD... ¿Cómo es la otra? La de integración sensorial que es último bum. Pero mucho más que eso nunca, de la modalidad de aprendizaje, de estilo cognitivo, nada. Con la psicóloga tampoco ninguna pauta de cómo poder ayudarlo, si estaba bien decirle 'mirame', si seguirlo, nada. Nada, nada, nunca. P2: Psicopedagoga EOE - 2:42

4.2.2. La Autoridad Y Prevalencia Del Discurso Psicológico

Los resultados del estudio de Mehan (2001) señalan que el discurso psicológico, caracterizado por un lenguaje técnico que cierra la posibilidad de otras representaciones acerca del niño, prevalece por sobre los otros discursos. De la misma forma, en los casos estudiados, se encontraron diferentes referencias acerca de lo indiscutible o verdadero de los diagnósticos en los diferentes actores que intervienen en las etapas de derivación, diagnóstico y puesta en marcha de los dispositivos de inclusión escolar.

Caso Pedro

Si se analiza el discurso de la psicopedagoga del EOE del caso de Pedro, se encuentra que por un lado cuestiona el discurso de los padres, descalificando las afirmaciones acerca de los logros del niño en la casa cuando no está en el contexto aúlico pero, por otro lado, sí confía cuando esto mismo le es expresado por la maestra integradora, que se configura en portadora de un saber técnico sobre el alumno.

En esta primera cita, descalifica las afirmaciones de los padres desde el saber técnico acerca del lenguaje en este caso.

EOE (PSP): *Nos decían que en casa lo hacía, nos traían por ahí grabaciones de cosas donde bueno nos quedábamos tranquilos porque en la casa hablaba, entonces ya era un indicador de que algo había. Después cuando él de a poco empieza a hablar acá lo que veíamos era esto, que no era un diálogo. Decía algunas cosas y focalizaba en un tema. Le explicábamos a los papás que eso no era una comunicación real. P2: PsicopedagogaEOE - 2:15. [Caso Pedro]*

Posteriormente, cuando le es informado por la maestra integradora que el niño fuera del aula es más “verborrágico”, sí lo considera como información válida.

EOE (PSP): *Nos parece que hay cosas que se ven siempre antes fuera y después en la escuela. Por ejemplo, me decía la maestra integradora el año pasado que cuando ella está sola con Pedro fuera del aula, él es más verborrágico, pregunta o se suelta. Dentro del aula es más acotado, no pregunta, queda, espera, se mete para adentro. P2: PsicopedagogaEOE - 2:20. [Caso Pedro]*

Por otro lado, bien la idea de la escuela y de los padres están alineadas respecto a la continuidad del niño en la misma escuela en el pasaje al secundario, la última palabra la tienen los profesionales del EOE. Es la psicopedagoga del primario quien se consulta con el psicólogo del secundario para evaluar las posibilidades del ingreso del alumno.

EOE (PS): *Me dijeron que la idea es que continúe. El hermano se cambió este año de colegio porque quiere algo más focalizado en computación. Y que Pedro cuando se enteró dijo: ‘Yo no me voy a cambiar’. La verdad que nos gustaría que pueda continuar, porque es una escuela que ya lo conoce, secundario obviamente que no pero bueno **en secundaria hay un psicólogo y nos consultamos**. Me parece que sería bueno al menos un par de años para que él pueda ir tomando más confianza en sí mismo y ver qué pasa con los contenidos. P 2: PsicopedagogaEOE.docx - 2:34. [Caso Pedro]*

Caso Juan

En este caso, el acompañante del niño es quien señala los destinos de las intervenciones de las maestras, ordenando así una jerarquía en que la maestra queda por debajo del saber psicológico externo del equipo que sigue la integración.

DIR: *Entonces la intervención la hacía la maestra, orientada por el terapeuta y es como que se empezó a transferir esto de que el hombre era el que ponía límite. El hombre estaba, era el respaldo, pero la maestra era la que ejecutaba. P3: Directora - 3:25. [Caso Juan]*

Docente: *Yo a las integradoras les digo que sí me estoy yendo para otro lado que vengan y me lo digan. Porque además te puede pasar que tuviste a un chico con algo similar pero no es él mismo, porque no es la misma familia, no es lo mismo el nene, entonces todo es diferente. P4: Docente - 4:36. [Caso Juan]*

Los MI son los que orientan las intervenciones, de acuerdo a la visión que el equipo externo de integración marca. En este caso, la docente de grado parece sentir seguridad solamente con el aval del MI.

Por otro lado, la directora señala explícitamente la ventaja de contar con saberes del área psicológica, por un lado, y tener la contención de la psicóloga externa del niño por otro.

DIR: *Yo además de ser maestra jardinera, soy profesora de educación especial, especialista en Autismo, con TCC, o sea tengo una visión un poco más amplia. P3: Directora1 - 3:32. [Caso Juan]*

DIR: *En este caso, la psicóloga estaba atrás del teléfono permanentemente, conteniendo la situación, y conteniéndome a mí, con lo cual fue genial. P3: Directora Jardín - 3:17. [Caso Juan]*

Caso Carlos

La directora de la escuela de Carlos también señala las ventajas de contar con saberes del área de la psicología para trabajar con los alumnos.

DIR: *De hecho, la maestra que le toca a Carlos en primer grado es psicopedagoga, además de maestra. O sea, tiene más herramientas como para abordar cualquier dificultad o barrera que hubiera en el aprendizaje. Entonces, ella empieza también con este conocimiento extra que tiene como a darse... P7: Directora2 - 7:10. [Caso Carlos]*

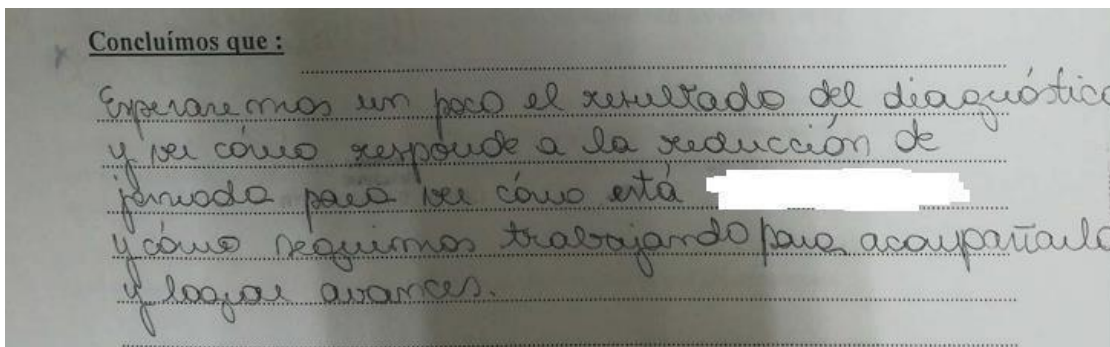
La autoridad del discurso psicológico aparece también utilizada como sustento o apoyo de las decisiones que toma la escuela.

DIR: *Todos los que intervenimos en el desarrollo de Carlos, escuela y profesionales externos, estamos todos de acuerdo. Aparentemente y a priori, la familia también. Es un gran trabajo de la psicóloga en la orientación a padres para primero entender que, digamos, Carlos claramente te dice que él quiere irse a vivir a la chacra que está en el campo, que quiere encargarse de los caballos. P7: Directora2 - 7:52. [Caso Carlos]*

La opinión de los profesionales parece tener más importancia en el destino escolar del alumno, incluso por sobre las preferencias que plantea la madre respecto a la elección del secundario.

EOE (PS): *La mamá dijo, por ejemplo, yo no veo porque no lo van a dejar seguir acá. Nadie dijo nada igual de todo eso. Ella lo plantea bien siempre, pero todavía no se planteó que secundaria va a seguir Carlos. Me parece que los profesionales piensan en otro tipo de secundaria, un poco más chica en cantidad de chicos. P10: PsicólogaEOE - 10:42. [Caso Carlos]*

Por último, la jerarquía se refleja también en las reuniones con los padres. Como se ve a continuación, la escuela queda a la espera del diagnóstico y de las indicaciones que hagan los profesionales externos para ver cómo trabajar con el alumno.



[Entrevista a Padres 1º grado. Fragmento de legajo Caso Carlos]

4.3. Discursos Y Criterios De Los Padres

El discurso de los padres se caracteriza por su historicidad, es decir, por la recapitulación de hechos e hitos en la vida de su hijo donde se pueden ubicar explicaciones de las dificultades del niño, a la vez que las formas o situaciones donde se ha ido sobreponiendo a lo largo del tiempo.

Caso Pedro:

La madre del niño se remonta a cuando era bebé. Allí señala sus primeras características.

Madre: Empezó bien, era un nene, un bebé, siempre de perfil tímido, muy pegado a mí, tranquilo. Lo que conocemos como problemas de conducta mayores en el jardín no tuvo así de empujar amiguitos o pelearse. Pero él ya venía de otro jardín maternal, como yo trabajo fueron a jardín maternal los 3 nenes. P1: Padres - 1:1 – 1:3. [Caso Pedro]

Esta característica señalada, la timidez, se recapitula y se explica contextualmente en torno al hermano, para luego derivar en su mejoría en las clases de teatro.

Madre: Pedro que es tímido, porque también él tiene ese perfil, desde muy chiquito yo noté que era tímido. Le costaba más despegarse de mí que el hermano. El hermano entraba al jardín y nunca tuvo problema, ninguno de los otros 2 hermanos tuvo problema de adaptación en cuanto a despegarse de la mamá. En cambio, él sí, sin que supiéramos el diagnóstico le costaba adaptarse. Ahora, no sé si va junto, si ya es el perfil de él de temperamento tímido, y después verlo en teatro como se desenvuelve arriba del escenario. Aparte hay muchos actores que dicen que son tímidos, ¿no? P1: Padres - 1:39. [Caso Pedro]

A esta otra forma de representación de Pedro, es decir, donde no presenta dificultades y se desenvuelve sin timidez en las clases de teatro, se suma el fútbol, configurando otro espacio que es señalado como valioso por la madre, sin desconocer las diferencias de Pedro con sus compañeros, pero reforzando la mejor integración del niño en ese espacio. Se observa como los padres incluyen otros territorios alternativos al escolar, abarcando además una dimensión temporal más prolongada (Toscano, 2005).

Madre: *Y con el fútbol ahora también se integra bastante, se nota un poco esa dispersión que tiene atencional, que capaz que los otros están escuchando y enseguida gritan y se la agarran con el profesor por cualquier cosa, bueno él quizás un poco más retraído. Que si cobró penal que no, todos los pibes se le van encima, él es mas de quedarse. Pero con nosotros quizás si lo refleja eso, situaciones de otra índole. Nosotros decimos siempre, él tendría que estar acá (señala con la mano), en realidad no está acá, sino que está más arriba. P1: Padres - 1:29. [Caso Pedro]*

Caso Juan:

Por el contrario, en el caso de Juan, el padre presenta un discurso histórico en función de ubicar el origen del trastorno del niño.

Padre: *Siempre fue muy inquieto, de treparse, se salía de la cuna solo, habría un cajón, otro, otro, muy inquieto. No había forma de pararlo, pero bueno uno lo tomaba como que era un nene inquieto. En sala de 2 empezó a ser más inquieto de lo normal, y en sala de 3 ya tenía ataques de ira, rabia, muy inquieto, le gritaba a las maestras. P5: Padre - 5:2. [Caso Juan]*

Padre: *Todo lo que le molestaba le generaba, no podía controlarse... Le ponías un límite, le decías basta a algo y explotaba. Si las cosas no eran como él quería era una explosión. Vivía enojado, cuando las cosas no eran como él quería. A uno como padre le cuesta verlo, y mi pareja empezó a ver actitudes en Juan que no eran normales o de la media normal de los chicos y me empezó a decir que vea que me fije y que me ocupe. P5: Padre - 5:3. [Caso Juan]*

Luego de pasar por el diagnóstico y los tratamientos, el padre reelabora y reinterpreta los hechos vividos en el pasado desde una visión de los recursos de su hijo, señalando sus mejorías en la situación actual.

Padre: *Para los profesionales y para el psiquiatra tiene un coeficiente intelectual, a ver, tiene 6, dicen que piensa y elabora como un nene de 9. Probablemente, hoy hablaba con su terapeuta, el jardín le quedaba chico y por eso se volvía loco. Independientemente de que tenga un trastorno. Por ahí él con ese trastorno, pero como más estimulado en cosas que a él le gusten no hubiera hecho el quilombo que hacía. Pero lo más probable es que el jardín le haya*

quedado chico. Y nada hoy está feliz, está contento, se vincula mejor con los amigos. P5: Padre - 5:58. [Caso Juan]

4.4. La Voz Del Niño

En el proceso por el cual un alumno termina siendo incluido en una modalidad de inclusión educativa, luego de ser diagnosticado con TDAH u otro trastorno psiquiátrico, el niño se ve convertido en un objeto (Mehan, 2001). Además, de los distintos lenguajes que lo representan y quedan plasmados en el legajo, prevalece el psicológico en el que la visión es descontextualizada y se destaca por identificar un déficit que lo acompaña en diferentes situaciones. La maquinaria institucional identificada en este estudio que atraviesa el niño está compuesta por: (1) procedimientos y técnicas diagnósticas, (2) recortes en el horario escolar, (3) adaptaciones curriculares y metodológicas, (4) el acompañamiento de una maestra integradora, y otras intervenciones sobre las condiciones de aprendizaje descritas anteriormente. Los efectos de esta maquinaria en los casos estudiados giran en torno al surgimiento de preguntas acerca de su identidad y desarrollo.

Caso Pedro

La madre relata:

***Madre:** De más grande me preguntó a mí qué le pasaba que tenía que hacer tantas cosas. Me dijo si a él le pasaba algo grave. Él sabe, se da cuenta, que le costaba prestar atención en clase, que por eso tenía las maestras que lo acompañaban, pero que eso era para que a futuro no la necesitara nada más y que se pueda manejar solo, como cualquier chico. Le expliqué, así como necesitás anteojos, te va saliendo natural. A veces se ha angustiado, sobre todo ahora que es más grande. Yo se lo expliqué así, que incluso en secundaria hay varios chicos, de hecho, el año pasado una chica con Síndrome de Down fue abanderada. P1: Padres - 1:23. [Caso Pedro]*

El niño pregunta si le pasa algo “grave” en función de darse cuenta de la presencia de las maestras que lo acompañan especialmente en el aula, y manifiesta angustia en varias ocasiones.

Caso Juan:

En el caso de Juan, su voz aparece representada por su padre. También aquí el niño registra internamente las dificultades que le eran señaladas externamente, y expresa como ahora puede sobreponerse a ellas.

Padre: *Puede ir a un cumpleaños y quedarse solo en el cumpleaños sin que estén los padres. De hecho, hay 2 pibes muy conflictivos en el grado de él que tienen probablemente lo mismo que tiene él que los padres no quieren ver. Cagan a trompadas, gritan, tiran cosas, rompen. Juan vino el otro día y me dijo: 'Carlitos el nene nuevo, pega y grita, como yo hacía antes. Yo ya no pego ni grito más'. P5: Padre - 5:74. [Caso Juan]*

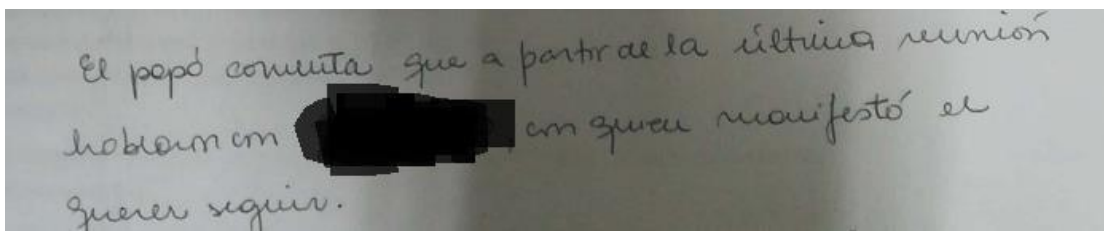
Caso Carlos:

En el caso de Carlos, su voz es recogida por sus docentes. En primer lugar, al igual que los casos anteriores, es desde el registro de su dificultad señalada por los adultos. En segundo lugar, la psicóloga del EOE rescata los gustos e intereses particulares a partir de los dichos del niño.

Docente: *Según él se acuesta muy tarde, se queda mirando la tele. Por lo tanto, eso fue algo que hablamos con la familia. Le empezamos a poner notas de cuántas veces se durmió en clase ese día o esa semana. Entonces también intentaron que se acueste más temprano. También la familia ayuda mucho en ese sentido. También dice que llega y les dice a los padres: "esta semana no me dormí". Ahí nos dimos cuenta que él sabía que no se tenía que dormir. P 8: Docente Lengua.docx - 8:11. [Caso Carlos]*

EOE (PS): *EOE 10:41 Carlos igual dice que a él le encanta el campo, ellos tienen campos, que a él le fascina y va a ser algo del campo. Ahora le gusta dibujar, se plantea un secundario más ligado al tema del arte. P10: PsicólogaEOE.docx - 10:42. [Caso Carlos]*

Por otro lado, son sus padres quienes van dando información a la escuela de los intereses y manifestaciones personales del niño, en este caso, en torno a su continuidad en el mismo colegio.



El popó consulta que a partrac la última reunión hablam con [redacted] en quera manifestó el querer seguir.

[Entrevista a Padres 5º grado. Fragmento de legajo Caso Carlos]

La última referencia que aparece de la voz de Carlos es en una entrevista en 6to. grado, donde se registra: "Avanza el interés en la lectura. Le pide a su papá un libro para las vacaciones de invierno" (P:33:70).

5. La Atención En Diferentes Contextos: El DSM, La Escuela, La Casa Y El Club

Con el fin de estudiar la manera en que se diagnostica a través del DSM V (APA, 2014) se realizó el rastreo de las descripciones referidas a las conductas entendidas como problemáticas de los niños hechas por todos los adultos que interactuaron con ellos (desde sus padres hasta los profesionales externos a la escuela encargados de realizar las evaluaciones diagnósticas). Se recuerda que el DSM V contempla las equivalencias con el CIE-10 (OMS, 2001), que es el manual del cual hay que obtener la nomenclatura para obtener el certificado de discapacidad de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud de la Nación (2015). De esta manera se pueden comparar los criterios normativos descriptos en el DSM en términos de conductas observables del niño con los comportamientos observados por los adultos (obtenidos mediante observaciones directas o a través de las pruebas diagnósticas descriptas anteriormente en el apartado §3).

Si se observan las descripciones de las dificultades en el caso de Pedro (Tabla 8), y se la compara con los criterios normativos de DSM V (§1.1.2), se observa que un total de 40 ítems que describen los comportamientos del niño a través de la mirada de los diferentes adultos que interactúan con él, solamente 9 se corresponden con los criterios del DSM-V (APA, 2014). Incluso de esas 9 descripciones, 5 pueden ser simplificadas a lo que el DSM nombra como fallas en prestar o mantener la atención (criterios 1.a y 1.b del manual).

En el caso de Juan (Tabla 9), solamente 1 de los 15 ítems que describen sus dificultades se corresponde estrictamente con los criterios del trastorno del TDAH.

Por último, de las 32 descripciones relevadas acerca de Carlos a lo largo de su trayectoria escolar por diferentes adultos que interactuaron con él (padres, docentes, EOE, profesionales externos), únicamente 5 se corresponden con los síntomas descriptos por el DSM, y provienen casi exclusivamente de los profesionales de salud (Tabla 10).

En todos los casos, se observa un recorte de las características que se corresponden al trastorno, dejándose de lado otras dificultades que podrían aportar a construir configuraciones de apoyo que resultasen más específicas para el alumno (Valdez, 2016). La problemática central observada es la reducción del niño a la sigla del diagnóstico, produciéndose una identificación únicamente con los déficits asociados a esa categoría (Janin, 2007).

Tabla 8. Extracto de descripciones de las dificultades según diferentes observadores [Caso Pedro]

Observador		Descripciones de las dificultades	
Padres	5 ítems	<ul style="list-style-type: none"> *Perfil tímido *Le costaba despegarse de mí (Madre) *Dispersión, períodos cortos de atención *Aislamiento 	*Inseguridad/Miedo
Docentes/ Directivos	12 ítems	<ul style="list-style-type: none"> *Dificultades cognitivas *Para que realice las actividades propuestas es necesario redirigir su atención * Molesta * Se desorganiza * No comprende consignas *Movimientos entrecortados con poca coordinación 	<ul style="list-style-type: none"> * No tiene distancia social, rasguña, toca la cara * Hace caso omiso *No mira a la cara * No se sienta en el banco * Se mueve permanentemente *Relato no coherente
EOE	7 ítems	<ul style="list-style-type: none"> *Falta de Lenguaje *No sostenía la mirada *Alejamiento del grupo *No incorporación de hábitos *Pegaba 	<ul style="list-style-type: none"> *Encimarse desde lo corporal *Le costaba desde lo social
Profesionales Externos	Psicopedagoga (Sala de 3 años) 6 ítems	<ul style="list-style-type: none"> * Disminución de capacidad para reproducir oraciones textuales complejas * Descenso en su vocabulario y flexibilidad en el razonamiento verbal * Dificultad en las habilidades visoespaciales * Toma inadecuada del lápiz 	<ul style="list-style-type: none"> * Cierto déficit atencional * Comentarios no acordes al contexto
	Psicopedagoga (Sala de 5) 4 ítems	<ul style="list-style-type: none"> * CI de 83, inteligencia media baja * Escala de Desarrollo Vineland descendida *Gráficos muestran descenso evolutivo 	* Períodos breves de atención
	Psicopedagoga (1° grado) 6 ítems	<ul style="list-style-type: none"> *Rango límite de su funcionamiento intelectual *Rango límite inferior al normal en capacidad para definir palabras y razonamiento inductivo *Rango límite inferior al normal en pruebas visoconstructivas *Oscilaciones en el mantenimiento de su atención 	<ul style="list-style-type: none"> *Desempeño descendido en memoria visual *Rango límite inferior al normal en pruebas para autorregularse e inhibir impulsos

Nota. Los ítems en negrita se corresponden con los criterios para el diagnóstico del TDAH según el DSM-V (APA, 2014)

Tabla 9. Extracto de descripciones de las dificultades según diferentes observadores [Caso Juan]

Observador		Descripciones de las dificultades	
Padres	7 ítems	* Muy inquieto/treparse/salirse de la cuna solo	* Ir a bañarse era un problema, comer era un problema, dejar la Tablet era un problema, levantarlo a la mañana y vestirse
		*Ataques de ira/rabia *Gritaba *Explosiones *Le tiró un sillazo a la maestra	*Agresiones (no contra las personas)
Docentes/ Directivos	6 ítems	*Berrinches	*Le molesta si no se hace como él dice
		*Le cuestan los cambios *Se enoja por todo, se queda con el enojo *Ansioso	*Le cuesta lo social por la competencia con los compañeros
EOE	2 ítems	*Reacciones “disruptivas” *Relación desgastada con la docente	
Profesionales Externos	Neurólogo 1 ítem	*TDAH (folleto explicativo)	

Nota. Los ítems en negrita se corresponden con los criterios para el diagnóstico del TDAH según el DSM-V (APA, 2014)

Tabla 10. Extracto de descripciones de las dificultades según diferentes observadores [Caso Carlos]

Observador		Descripciones de las dificultades	
Padres	1 ítem	*Temor al agua, avión y ascensor (1° grado)	
Docentes/ Directivos	9 ítems	*Se dormía toda la mañana *Desganado *Poco vínculo con sus compañeros *Bajaba los brazos *No va al ritmo del resto	*Pasividad absoluta *Desfasaje madurativo *Rendido antes de iniciar *Se aburre con la lectura, pierde motivación *No podía sostener la atención ni 5 minutos frente a un relato
EOE	10 ítems	*Fatiga en lo escolar, dormirse *No tiene rutinas incorporadas *No se autorregula *No puede copiar del pizarrón *Dificultad en procesos de abstracción	*No comprende ironías *Adicto a las pantallas *Miedos y fobias, no se podía subir a un ascensor *Miedo a la oscuridad (1° y 2° grado)
Profesionales Externo	Psicopedagoga (1° grado) 10 ítems	*Indicadores de hiperactividad: tiende a tocar todos los objetos, abrir los armarios, emplear el espacio en forma expansiva *Le cuesta permanecer sentado y realizar una actividad *Contradice indicaciones, opositorista *Desinteresado ante las pruebas, inquieto y ansioso	*Miedo a viajar en ascensor *CI Normal (90-109) *Fluidez semántica y fonológica descendida *Aritmética descendida *Memoria inmediata auditiva y visual descendida *Atención Selectiva, velocidad y precisión descendida
	Neurólogo 1 ítem	*Cuadro Compatible con Trastorno por Déficit de Atención	
	Psicóloga (2° grado) 1 ítem	*Miedos	

Nota. Los ítems en negrita se corresponden con los criterios para el diagnóstico del TDAH según el DSM-V (APA, 2014)

5.1 Las Exigencias Arbitrarias Del Aula Y Las Evaluaciones Neuropsicológicas

De acuerdo con McDermott (2001) los diferentes contextos por los que transitan los niños conllevan diferentes grados de posibilidades y restricciones. Desde una visión estática del contexto, hay ambientes en los que, debido a sus exigencias arbitrarias alejadas del uso común de la vida cotidiana (como las que se dan en la escuela), llevan a mostrar la discapacidad y las dificultades cognitivas más que en contextos con menores demandas o con más flexibilidad para utilizar recursos. Por lo tanto, hay un continuo de dificultades y exigencias arbitrarias en los diferentes ambientes que el alumno transita en el estudio de McDermott: vida cotidiana, club de cocina, clases en el aula y las sesiones de administración de tests.

En los casos estudiados se encuentra que hay situaciones que ponen de manifiesto las dificultades de la atención de los niños o sus dificultades cognitivas, y otras donde la atención no presenta ningún problema. Esta diferencia demuestra que las clases en la escuela y las evaluaciones diagnósticas tienen una construcción estática del contexto, separando al niño de las tareas y exigencias arbitrarias que se le proponen desde esos espacios.

Caso Pedro:

En el caso de Pedro, la madre diferencia claramente entre lo que las maestras ven en la escuela, donde las dificultades quedan expuestas por el tipo de tareas a las que se debe enfrentar su hijo, y lo que ella observa en otros ambientes, como el club de fútbol.

***Madre:** Lo que me contaban acá también las maestras era que se distrae con cualquier objeto que haya en el ambiente. Eso y períodos cortos de atención. Se pone a mirar por ejemplo aquella planta, cuando era más chiquito, y había que convocarlo porque sino se quedaba mirando la planta y no podía participar de la clase. P1: Padres - 1:59. [Caso Pedro]*

En el club de fútbol, esta dispersión no se nota tanto, tomando el continuo que señala McDermott (op. cit.), las circunstancias del club son más amigables, allí el niño puede responder distinto a los demás compañeros y esto no repercute en una ceremonia de degradación o rotulamiento.

***Madre:** Y con el fútbol ahora también se integra bastante, se nota un poco esa dispersión que tiene atencional, que capaz que los otros están escuchando y enseña gritan y se la agarran con el profesor por cualquier cosa, bueno él*

quizás un poco más retraído. Que si cobró penal que no, todos los pibes se le van encima, él es mas de quedarse. P1: Padres - 1:61. [Caso Pedro]

Su dispersión y falta de interés se manifiestan en las tareas escolares, como queda registrado en el informe escolar de 1er. Grado. El informe comienza describiendo su comportamiento en la clase de inglés, donde cuenta con recursos como su memoria y puede nombrar objetos; pero sin embargo no se adecúa a las rutinas y pierde su interés cuando las tareas pasan de oral a escrito.

*Durante la tarde se dicta el idioma inglés. En estas clases demuestra tener una **gran memoria, reconocer figuras y dibujos y puede nombrarlos**. Canta las canciones, las repite solo y agrega los sonidos de los instrumentos, pero cambiando su voz exageradamente, lo que sabe que molesta a quienes están a su lado. Al trabajar en su cuaderno o en el libro **se desorganiza**, no sabe lo que tiene que hacer, no comprende las consignas y aún cuando pareciera que sí las comprende, no las realiza solo. Ni siquiera intenta comenzar con la tarea. Se observa que **ha perdido el interés** que tenía a principio de año cuando el trabajo era básicamente oral. [Fragmento de Informe Escolar 1er.grado. Legajo Caso Pedro]*

En las clases su atención tampoco cumple las exigencias y demandas de ese contexto. El informe dice:

*En las clases **cuesta mucho focalizar la atención**. Juega con sus útiles, se ríe, se recuesta sobre el banco durante las explicaciones y no interviene en el trabajo grupal. Para que realice las actividades propuestas es necesario **redirigir su atención**, volver a explicar lo que se solicita, monitorear su comprensión y luego guiarlo al plano gráfico dando modelos de referencia. Aún no escribe su nombre completo. No siempre establece relación fonema-grafema, lo que dificulta la incorporación de sílabas para armar palabras simples. [Fragmento de Informe Escolar 1er.grado. Legajo Caso Pedro]*

En el relato se observa que el problema es puesto sobre el alumno, es él quien juega y no atiende a las consignas, generando que se le vuelva a explicar con apoyatura gráfica. Es decir, no se cuestiona las exigencias arbitrarias del contexto, sino que se plantea el mismo objetivo de la misma manera para todos, que escriba su nombre y que establezca las relaciones fonema-grafema sentado en el banco. Se aprecia la intención de guiarlo en el plano gráfico de manera de establecer allí un soporte adicional que pareciera necesario para promover el aprendizaje.

El extremo del continuo de exigencias arbitrarias son las sesiones de administración de tests psicológicos, donde están dadas las condiciones específicas para que las dificultades queden expuestas. En las sesiones de tests no se puede usar ningún

mecanismo o recurso de los que habitualmente se usan para resolver un problema en la vida cotidiana.

En la evaluación que se realiza en Sala de 3, la PSP informa:

Cierto déficit atencional, por lo cual no logra adecuadamente identificar un estímulo determinado frente a otros distractores. Asimismo, pueden observarse por momentos, comentarios no acordes al contexto. [Fragmento de Informe Psicopedagoga Sala de 3. Legajo Caso Pedro]

Queda explícito que cualquier intento o recurso del niño por salir de ese contexto es sancionado y evaluado en su contra, no se permiten comentarios fuera de lo que se está evaluando.

Algo muy similar ocurre en la evaluación que se le realiza 2 años después en sala de 5.

Pedro se adaptó rápidamente a la situación de evaluación, pudiendo entablar buen vínculo con su evaluadora. Sin embargo, durante el proceso de evaluación se evidenciaron períodos breves de atención, por lo cual fue necesario redireccionarlo verbalmente hacia las distintas actividades que debía realizar. Asimismo, se evidenció que Pedro hablaba de temas de su interés no acordes al contexto de evaluación. Al mismo tiempo que se observó una baja tolerancia a la frustración cuando debía realizar alguna tarea cuya ejecución le resultaba difícil. Cabe aclarar que durante el proceso de evaluación se realizaron algunos recesos entre medio de las diferentes actividades. Estos recesos fueron necesarios para evitar que el cansancio de Pedro incida en su rendimiento. [Fragmento de Informe Psicopedagoga Sala de 5. Legajo Caso Pedro]

En líneas generales se observa cómo el déficit es colocado constantemente en el niño. En primer lugar, el hecho de que el niño hable de temas de su interés resulta incorrecto para ese contexto, lo que hace suponer que debería obedecer y cumplir solamente con las tareas que se le exigen. En segundo lugar, los recesos también están vistos como déficits del niño, siendo supuestamente él quien necesita descansar para evitar el descenso de su rendimiento. Cabe preguntarse al menos, si es la situación artificial de evaluación la que produce que el niño quiera salirse de ese contexto y tener recesos como en su vida cotidiana u otros ambientes en los que transita.

Caso Juan:

En este caso, el padre se refiere a la inquietud del niño tanto en la vida cotidiana de su casa como en el jardín con las maestras. Sí parece atribuir estas situaciones a la separación y el hecho contextual de vivir en 2 casas separadas.

Padre: *A ver empezó a gatear a los 6-7 meses, ya caminaba a los 11 meses. Siempre fue muy inquieto, de treparse, se salía de la cuna solo, habría un cajón, otro, otro, muy inquieto. No había forma de pararlo, pero bueno uno lo tomaba como que era un nene inquieto. En sala de 2 empezó a ser más inquieto de lo normal, y en sala de 3 ya tenía ataques de ira, rabia, muy inquieto, le gritaba a las maestras. **Eso pasaba en el jardín, en mi casa, en la casa de la madre. Nosotros nos separamos a los 10 meses de Juan. Juan no nos vio nunca juntos. Él creció en 2 casas separadas.** P5: Padre - 5:1 [Caso Juan]*

Estas actitudes de inquietud son transformadas y traducidas como hiperactividad rápidamente por el contexto escolar, borrándose cualquier explicación situacional o histórica como fue analizado previamente en el apartado §4. El discurso de los padres aporta otra dimensión de explicación de las dificultades del niño ligada a la historia de su desarrollo. En las siguientes palabras de la directora de nivel inicial se observa la omisión de estas otras dimensiones:

DIR: *En este caso pienso: estaba la hiperactividad, estaba la falta de atención, me parece que había algo que tenía que ver con el ADD. O sea, hay un problema conductual, una hiperactividad constante, una ansiedad y era inmodificable por terapias conductuales. P3: Directora1 - 3:52. [Caso Juan]*

El déficit se asocia al niño y el hecho de que las terapias no surtan efecto solo lo confirma más. No aparece ninguna pregunta acerca de los contextos o situaciones que pudieran estar en juego.

En el cambio de nivel, de preescolar a primaria, su hiperactividad es resignificada como enojo por la docente, quien en este caso no lo sanciona como un problema grave a tener en cuenta y lo evalúa de manera situacional.

Docente: *Por ahí me hace un berrinche un ratito, pero enseguida se le pasa. Más que nada porque yo no le doy bolilla, no me engancho. A veces le trato de explicar, mirá pasó esto. El año pasado se quedaba más con el enojo, le agarraban estos berrinches y duraban más tiempo. Ahora como que corta bastante rápido. P 4: Docente1°grado.docx - 4:22. [Caso Juan]*

Caso Carlos:

En este caso, si bien la escuela propone modos de abordaje y estrategias distintas, pareciera que la condición de exigencia institucional prevalece y termina emergiendo hasta en el laboratorio, -que según la directora es algo que a los alumnos les encanta-, la falta de atención.

DIR: *Porque ella empieza a intentar juego, letras móviles y no lográbamos eh, Carlos sacarlo y traerlo a estos espacios (señala el lugar en donde estamos, unas salas aparte en un pasillo), una cuestión individualizada, **no podía sostener la atención ni cinco minutos frente a un relato.** Y pasaba en*

matemática, en prácticas del lenguaje, en las ciencias, subían al laboratorio que eso a los pibes les encanta, no quería, se lo notaba desganado, poco vínculo con sus compañeros, no malo, pero poco. Porque también los compañeros jugaban a otras cosas que él no. P7: Directora2 - 7:77. [Caso Carlos]

Incluso a pesar de que su atención iba en aumento, seguía mostrando dificultades en el entorno escolar. No se lograba organizar ni mostrar autonomía. Pareciera que nunca terminara de alcanzar el parámetro de normalidad esperado.

DIR: *Porque en cuarto grado Carlos la necesitaba todo el tiempo. Porque no solo tenía que ver con el acceso a los contenidos, sino con un tema de organización, autonomía, todavía sus períodos de atención eran cortos si bien cada vez iban en aumento. P7: Directora2 - 7:78. [Caso Carlos]*

Algo distinta es la mirada de la docente de Lengua y Literatura de 6to. grado, que puede ubicar que sus materias “son densas para él” y que esto podría estar en relación al hecho de que Carlos se duerma. Sin embargo, la etiqueta de déficit de atención es transmitida grado a grado y parece explicar todos los fracasos del alumno en la escuela.

Docente: *Cuando yo llegué él se dormía mucho, él tiene déficit de atención... Cuando yo llegué y teniendo en cuenta que mis materias son un poco densas para él se dormía mucho, él tiene retraso madurativo y déficit de atención... P8: Docente Lengua - 8:27. [Caso Carlos]*

Algo similar sucede con el informe escolar de 5to. grado, donde se señala el déficit en su atención, pero se intenta ubicarlo situacionalmente y se busca una estrategia para despertar su interés.

Área cognitiva -atención.

Su sostén atencional es lábil, se distrae con facilidad. Es necesario ayudarlo a focalizar y sostener, tratando de relacionar los contenidos con situaciones de la vida cotidiana, despertando el interés por el tema con algún comentario al respecto.

[Fragmento de Informe escolar 5º grado producido por las docentes. Legajo Caso Carlos]

En la misma línea que las docentes, la maestra integradora (del grado anterior) había señalado la dificultad de Carlos para sostener su atención, pero había propuesto estrategias o adecuaciones que se ajustasen al interés del niño.

Proceso de Atención:

_____ presenta alguna dificultad cuando se le presenta una tarea para discriminar si se trata de Prácticas del Lenguaje, Matemática, Ciencias Sociales o Ciencias Naturales. Hay que tener en cuenta que es el primer año que tienen dos maestras, y más materias (Cs. Naturales y Cs. Sociales).- Por consiguiente, es importante y necesario intervenir para orientarlo en la organización y para motivarlo a que preste atención, sobre todo en las explicaciones de las consignas y propuestas de trabajo, situaciones en las que _____ suele estar distraído dibujando o jugando con sus útiles. Se puede observar que _____ se siente más estimulado e involucrado en la actividad cuando ésta se relaciona con el juego, el dibujo, las imágenes o algún movimiento corporal. Su atención es inconstante y requiere de un acompañamiento externo reiterado para integrarlo a las actividades y ponerlo en situación.

[Fragmento de Informe producido por la Maestra Integradora 4º grado. Legajo Caso Carlos]¹³

Las apreciaciones de las docentes y la maestra integradora se podrían ubicar en un punto intermedio del continuo que señala McDermott (2001) de las exigencias arbitrarias y los participantes excluidos. Es decir, se ubica el déficit en el niño, pero el contexto permite alguna adaptación que implica el cambio de estrategia por parte de los adultos que interactúan con él.

Distinta es la situación en las sesiones de administración de tests por parte de profesionales externos, donde no existe posibilidad de ninguna adecuación por parte del evaluador. Por el contrario, los informes señalan la inadecuación de Carlos a ese contexto restringido.

El niño requirió durante la evaluación sucesivas intervenciones sobre su conducta. Presenta indicadores de hiperactividad: tiene a tocar todos los objetos, abrir los armarios y emplear el espacio en forma expansiva. Le cuesta permanecer sentado y realizar una actividad, especialmente si la respuesta requiere que copie, dibuje o resuelva. [Fragmento de Informe Psicopedagoga 1º grado. Legajo Caso Carlos]

Resulta similar a la evaluación de Pedro descripta más arriba en este apartado, es el niño el que “requiere” las “sucesivas intervenciones” sobre su conducta, es decir, el déficit está en el niño al no poder adaptarse a ese contexto específico. Se evidencia así una mirada estática del contexto que separa sus componentes y no se cuestiona la

¹³ El borroneo extensivo en color negro se debe a la intención de tapar el logo de la institución escolar para conservar la confidencialidad.

arbitrariedad de la evaluación psicológica como una situación artificial en la vida del niño.

5.2 Recursos Y Posibilidades Del Niño

En este apartado se ubicarán los contextos y ambientes donde las dificultades en la atención de los niños no son señaladas como déficits ni conllevan a una estigmatización de sus conductas. Son las situaciones que se ubican en el otro extremo del continuo de la dificultad y el déficit (McDermott, 2001), es decir, donde las condiciones del contexto no son estáticas y el niño puede utilizar otros recursos sin estar atado a exigencias arbitrarias y artificiales que demarcan sus falencias.

5.2.1 *Cuándo Y Dónde La Atención No Es Un Problema.*

Caso Pedro:

Cuando se les preguntó a los padres por la evolución de la dispersión a lo largo del tiempo, la madre señaló que donde más se veía era en la escuela, porque allí es el lugar donde se hace la comparación con los compañeros, pero que en su casa ella lo veía mejor.

Entrevistador: *¿Cómo ven el tema de la dispersión ahora?*

Madre: *Yo creo que está evolucionando mejor. Pero bueno falta, obvio. Más lo ven ellos, porque yo no tengo para comparar, a veces me gustaría ser abejita y meterme en el aula yo para ver. Lo que me dicen ellos es que siempre va un pasito atrás... **En casa lo veo mejor.** Cuando le interesa un tema, por ejemplo, a Pedro si le preguntás del subte o de fútbol, le preguntás la A, la B, la C, la D. Le preguntás de los jugadores de Córdoba y tiene mucha memoria. Por eso sirve como herramienta. P1: Padres - 1:54. [Caso Pedro]*

Se observa que remarca la diferencia entre como lo ven ellos en la casa y como se lo ve en la escuela, y agrega cuáles son sus áreas de interés destacando la memoria de Pedro como recurso.

Lo mismo le ocurre con el idioma inglés. Es otra área donde no aparece en ningún lugar un problema atencional, sino que, por el contrario, se aprendía las canciones que le enseñaban en la escuela.

Madre: *Claro, él siempre muestra primero en casa los cambios y después se ven en la escuela. **Él nos cantaba en inglés las canciones que aprendía en la escuela,** y nosotros no teníamos los libros ni nada. Yo veía que le gustaba el*

inglés mucho más que al hermano mayor. Y en la tele él miraba dibujitos en inglés. Porque me planteaban si este colegio con inglés no iba a ser dificultoso, no es bilingüe, pero tiene inglés. Yo lo hablaba con el médico. La directora anterior me decía que cómo iba a hacer con inglés. P1: Padres - 1:32. [Caso Pedro]

Otra de las áreas donde no se percibe una dificultad atencional es en el fútbol.

Padre: *Él va al mismo club que vamos nosotros, hace fútbol. Yo lo veo lo más bien. Al principio él quería que nosotros estuviéramos al lado, que no lo dejáramos. Obviamente nosotros estamos en el club, lo que yo digo es que todos los otros pibes salen corriendo a la cancha se ponen a jugar, tiran la pelota y los padres se olvidan. El más grande lo mismo, a los 12 años me dijo papá no te quiero ver acá. Él este año en la colonia empezó a hacer lo mismo, antes que llegara el grupo me pedía la mochila y salía disparado y no quería. **Y con el fútbol ahora también se integra bastante, se nota un poco esa dispersión que tiene atencional**, que capaz que los otros están escuchando y enseguida gritan y se la agarran con el profesor por cualquier cosa, bueno él quizás un poco más retraído. Que si cobró penal que no, todos los pibes se le van encima, él es mas de quedarse. Pero con nosotros quizás si lo refleja eso, situaciones de otra índole. P1: Padres - 1:28. [Caso Pedro]*

El padre señala que se nota la dispersión en tanto no sigue los comportamientos típicos de los compañeros, pero que de todas formas se integra lo más bien, y que en todo caso no hace lo que los otros hacen por retraimiento, no por falta de atención.

Al fútbol se le suma el teatro, donde parece desplegarse otra dimensión de la identidad de Pedro, en este caso relatada tanto por los padres como por la PSP del EOE.

EOE (PSP): *Una de las cosas que fue muy bueno el puente fue con el profesor de teatro, él se empezó a soltar bastante más con el profesor de teatro. Que acá no es que hacen teatro, por ejemplo, una actividad que había un montón de sillas y cada uno tenía que pasar y poner una silla en el escenario y la condición era que cada silla tenía que tocar en algo la silla del otro. Y después por grupitos tenían que mirarlo y decir que era, por ejemplo, decían que era un dinosaurio y tenían que justificar. Otro decía que era una máquina de no sé qué y justificarlo. Y después a eso lo representaban, estaba buenísimo. **Y ahí Pedro la verdad que re bien, con esta modalidad de trabajo.** P2: PsicopedagogaEOE - 2:41. [Caso Pedro]*

Caso Juan:

Si bien su déficit es señalado en la hiperactividad, no manifiesta ningún problema atencional, ya que adquiere los contenidos escolares incluso mientras hace otras actividades. Esto es destacado por su docente como una fortaleza.

Docente: *No tiene problema con los contenidos. Casi todo lo sabe. Él por ahí tiene la facilidad de que está jugando a las cartas o haciendo otra cosa y vos*

explicás y él igual está escuchando. Después cuando le preguntás lo sabe, y es rápido. P:4 Docente1°grado - 4:2. [Caso Juan]

Se destaca la visión del psicólogo del EOE de Juan, quien ubica la problemática del TDAH como un emergente social, y no como un déficit individual, teniendo un efecto de alivio para los padres que consultan. Además, señala que las actividades escolares no se adecúan al contexto cotidiano de los niños, generándole problemas a la escuela.

*EOE (PS): Los diagnósticos de hiperactividad desde mi perspectiva son como bastante claros para mí. Lo veo como todo diagnóstico como un **punto de alivio**. Me parece que es encontrar un lugar sencillo para poner en palabras algo que sucede en la sociedad. Me parece que es un **emergente** que lo veo no solo en un montón de chicos de acá de la escuela sino en general, en los niños. Me parece que los focos distractores con respecto a lo que la escuela pretende de los chicos son cada vez mayores. Cada vez es más difícil que los chicos se puedan ajustar a la estructura y al formato de la escuela. Y eso hace que se distraigan y las actividades no tienen nada que ver con su vida cotidiana y con el uso de la atención de la vida cotidiana, entonces eso genera un llamado de atención, para la escuela un problema. Y me parece que los diagnósticos de problemas o déficit atencionales tienen que ver con eso que está generalizado para mí. P6. PsicólogoEOE - 6:19 [Caso Juan]*

Caso Carlos:

Los períodos cortos de atención son resignificados en función de buscar estrategias de apoyo distintas para el acceso a los contenidos. Así es que la utilización de material visual logra captar la atención del alumno, “lo atrapa, lo conecta”, sirviendo como facilitador para el aprendizaje.

***DIR:** Y empezar a buscar estrategias. Nos empezamos a reunir mucho más seguido que mensualmente con Cristina, la psicóloga. Buscar estrategias, ella ha traído material, ver cómo lo podíamos ayudar. A partir de ahí empezamos a entender esto de tan cortitos sus tiempos de atención. Empezamos a buscar **estrategias de mayor motivación visual que es lo que sigue funcionando igual en Carlos**. El acceso al contenido si va por lo visual, es decir, una imagen que dispara, un videíto de dos o tres minutos que dispare el tema. Eso visual, al tipo lo atrapa lo conecta, no sé cómo decirlo de alguna manera. P:7. Directora2 - 7:79. [Caso Carlos]*

El mismo registro de esta estrategia también es señalado por la docente de Carlos, a su vez ampliándola hacia otras tres situaciones donde no existe ningún problema de atención. La primera es cuando el niño dibuja, la docente explica que mientras dibuja Carlos escucha perfectamente. La segunda es cuando el tema es de su

interés, lo que hace que se enganche. La tercera situación donde su atención se sostiene es en los trabajos grupales, allí “se mantiene muy despierto”.

Docente: Cuando yo llegué el primer problema que tuve fue ese, porque se perdía toda la explicación o quería participar, no participar sino que estuviera atento, entonces mostraba videos y otras cosas y con algunas se enganchaba y otras no. Ahora en vez de dormirse, dibuja, pero mientras que dibuja te está prestando atención perfectamente. Entonces yo lo dejo dibujar, porque tal vez cuando ya es demasiado para él, ya se cansa, dibuja, y **si vos vas después y le decís algo te das cuenta que te escuchó.** Eso yo lo veo como bueno, lo logró en el último bimestre.

También depende mucho del tema, en sociales estuvimos trabajando el campo, y la familia tiene algo que ver con el campo, **ahí estaba re enganchado,** vimos circuito productivo, entonces los hice buscar imágenes en la computadora y como que todo eso lo mantuvo más interesado en el tema. También en sociales hizo un trabajo práctico de a 2 durante todo el bimestre, lo cual lo puse con uno que es amigo de él, entonces eso hizo que mantenga la atención. Como que también él decía: ‘uy no lo puedo dejar solo porque el trabajo es de a dos, es de un tema que me gusta, entonces presto más atención’.

Del déficit de atención sé que le cuesta mantener la atención. Siempre traté de hacer cosas que le llamen la atención. **Le gusta también trabajar en grupo, eso lo mantiene muy despierto.** Esto que se duerme a veces me dijeron que es porque le resulta difícil entonces mejor se duerme. Si se le presenta algo muy complejo prefiere desconectarse, después fuera del colegio lo hace. Algunas cosas se las hace la maestra a la tarde. P:8 Docente Lengua - 8:4, 8:7 y 8:28[Caso Carlos]

Estas situaciones donde su atención no presenta ningún déficit son señaladas y ratificadas tanto por la psicóloga del EOE como por la maestra integradora. Incluso le son transmitidas a los padres en una entrevista.

EOE (PS): Lo que siempre te hace ruido en este tipo de diagnósticos primero es que no es igual en todos los chicos. O sea que otros chicos que están diagnosticados igual, no eran iguales que Carlos. La segunda cuestión es que Carlos en las cosas que quiere presta mucha atención. Por ejemplo, hay temas que le fascinan como eran los temas de dinosaurios, y ahora también hay tema de historia que le fascinan donde él te podía hablar, **te podía prestar mucha atención.** Y si no era ese tema la clase siguiente se dormía. P:10. Psicóloga EOE - 10:6 [Caso Carlos]

... trabaja en clase que es bueno y por momentos su atención y concentración es mayor cuando el tema es de su interés, lo puede realizar. [Fragmento de entrevista a padres 7mo. grado. Legajo Caso Carlos]

Por último, al igual que Pedro, las materias denominadas especiales son lugares donde Carlos no requiere ningún acompañamiento de la maestra integradora, ya que allí

se puede entretener y relajar. Esto es informado por la maestra integradora de 4to. grado.

En cuanto a las materias especiales [redacted] disfruta de plástica, en donde pareciera sentirse con plena libertad para expresarse y responde activamente a las propuestas planteadas por la docente. Lo mismo ocurre en el área de música, donde se lo ve a [redacted] entretenido y relajado. En catequesis, inglés, tecnología e informática es necesario organizarlo con las actividades y materiales, y luego trabaja sin dificultades. En educación física no se requiere de la presencia de la maestra integradora ya que [redacted] puede realizar todas las actividades de manera autónoma.

[Fragmento de Informe Maestra Integradora 4º grado. Legajo Caso Carlos]

5.2.2 *Las Atribuciones De Los Avances Y Las Mejorías*

En los casos estudiados se observa una diferencia en la atribución de las mejorías entre los padres y los actores escolares. Mientras que los padres ubican las mejorías en la casa y basadas en el desarrollo del tiempo, los docentes apuntan directamente al trabajo de los terapeutas.

Caso Pedro:

El padre distingue entre lo que el niño podía hacer en la casa y que todavía no podía demostrar en la escuela, habiendo incluso filmado a su hijo para mostrarle al colegio de lo que era capaz. Atribuye la capacidad de cantar en inglés en su casa a no tener miedo a equivocarse ni a ser evaluado.

Padre: *Como que acá no incorporaba todo lo que se decía, como que venía y no entendía nada. Pero nosotros lo escuchamos cantando en inglés, quizás con más confianza él no tenía miedo a equivocarse. Como que no se sentía evaluado ni por sus superiores ni por sus pares. En casa, capaz que estaba jugando y cantaba solo. Y una vez yo le dije que quería tener un recuerdo de él y que lo iba a filmar con la máquina y se puso a cantar. Entonces yo agarré y se lo traje acá a la psicopedagoga. Esto es lo que hace en casa. Yo no es que no te creo ni pienso que me estás mintiendo, yo sé que es verdad que afuera en otro entorno no responde de la misma forma, pero mirá esto es lo que hace en casa. Es más que nada una cuestión de timidez o de otra problemática que él tiene a que realmente no está incorporando. Incorpora, pero no lo demuestra. P1: Padres - 1:32. [Caso Pedro]*

Caso Juan:

Su padre señala que los cambios empezaron en la casa por un cambio de actitud de su hijo. Comenta además haber logrado mejoras sin la medicación, a través de un sistema de economía de fichas que, si bien le fue enseñado por los terapeutas, fue

aplicado por él. Luego también distingue y atribuye avances en función de la medicación.

Padre: *Y mi casa de a poco empezó a transformarse. Juan empezó a tener ciertas actitudes en mi casa y en la casa de mis viejos, a portarse de una manera diferente a como se comportaba en la casa de la madre o en la escuela...*

Todo ese esfuerzo en mi casa sirvió. Yo puertas adentro de mi casa logré que venga a comer, sin medicación ni nada, logré que se lave los dientes, por ahí repetirle 5 veces que se lave los dientes pero logré reducir de 10 veces que le decía a 1 o 2...

Yo ahora estoy mejor, hoy te puedo decir que estamos en el camino correcto. Si le preguntás a los terapeutas te van a decir: 'lo logramos'. Sin la medicación hubiera sido imposible. La medicación está ayudando mucho a que él, él y nosotros, podamos hacer una vida de padres normal. Y que la hermana que quedó relegada durante mucho tiempo, quedó 2 años relegada a los quilombos de hermano. Entonces ahora la hermana también está más contenta porque hay más posibilidades de ocuparse también de ella. P:5. Padre - 5:27, 5:32 y 5:61 [Caso Juan]

En el caso de Juan la mirada del psicólogo del EOE apunta a una mejoría por identificación a partir de un cambio de actitud en el padre.

EOE (PS): *Seguramente el contexto familiar habrá pasado algo, yo no sé porque no hablé con los papás. Solo sé que se organizaron en cuanto al tratamiento y eso creo que los ayudó a todos. El padre es un tipo así... digamos que el nene es un reflejo en muchas cuestiones del papá. Y al papá lo veo más tranquilo, por lo tanto, creo que también él está más tranquilo un poco por identificación. P:6. PsicólogoEOE - 6:4 [Caso Juan]*

Caso Carlos:

La directora atribuye las mejorías en el niño a la maestra integradora y a la psicóloga externa a la institución. Las mejorías están basadas en resultados del tipo escolares, a saber: la organización y participación en clase tanto con la docente como con los compañeros. La maestra integradora, según la visión de la directora, logró cambios en tanto se corrió de un lugar de asistencialismo y pudo ponerle un freno a la familia.

DIR: *Bueno pasa a quinto y con este centro tiene una psicopedagoga impecable, que en quinto grado logra el cambio "de la A a la Z". Primer cuestión, Carlos empieza a vincularse con sus compañeros y sino llegó a copiar le pregunta a un compañero. Ella, **en lugar de hacer un asistencialismo, hizo que le fuera primero a preguntar a los compañeros, hizo que le compraran una agenda y lo ayudó a organizarse.** Primero, muy conductista, tenemos que anotar hay que fijarse y todo. Y fue clave también porque **pudo poner el freno a la familia,** porque la familia con esta nueva profesional pretendía hacer lo mismo que con la anterior: hacer un grupito de WhatsApp, contratarla como maestra de apoyo... Esta psicopedagoga, una mujer con veinte años de experiencia pudo*

decir “no”, mi trabajo es en la escuela, yo me reporto al centro y la coordinadora del centro es la que informa a la familia la evolución. P:7 Directora2 - 7:40. [Caso Carlos]

La psicóloga externa, según refiere la directora, lo empoderó en torno a animarse a participar en las clases.

DIR: *Te diría que hoy la integración de Carlos nos pasa hasta desapercibida. En el sentido de que está cumpliendo con todas las expectativas de logro, con todos los objetivos que nos planteamos, está hasta superando en algunas cuestiones. Algo que me acaban de contar, me decía la psicóloga que se animó a preguntar sin ningún problema y participar en el proyecto de educación sexual. Hay un gran trabajo también de la psicóloga que lo está empoderando en toda esta cuestión. P:7 Directora - 7:55. [Caso Carlos]*

Por último, al igual que el psicólogo del EOE de Juan, señala cambios en la familia que deben haber fortalecido la autonomía del niño en la escuela.

DIR: *No había nada que impidiera que el tipo se atara los cordones, era porque la madre le ataba los cordones, decía que no lo podía levantar entonces lo vestía dormido en la cama, le ataba los cordones. Entonces, la psicóloga claramente se tuvo que enfocar, en un trabajo conjunto todo el tiempo, y ha venido acá muchas veces, pero se tenía que enfocar obviamente en otras cuestiones que después redundaron en beneficio de la cuestión escolar. Porque vos adquirís autonomía para todo. Independencia, para todo. Podés decir un no en cualquier situación. Y bueno, la mamá empezó a despegar, un gran trabajo hizo. P:7 Directora - 7:75. [Caso Carlos]*

Cuarta Parte: Conclusiones Y Perspectivas Hacia El Futuro

1. El Predominio Del Discurso De La Neuropsiquiatría

A partir del estudio del circuito de detección, diagnóstico y elaboración de estrategias de inclusión escolar de los 3 casos se pudo observar una estratificación jerárquica de los discursos en la práctica, donde el discurso técnico de la neuropsiquiatría se ubica por encima del discurso histórico y situacional de los docentes y los padres.

El circuito comienza con la observación dentro del contexto escolar de la falta o el incumplimiento de aprendizajes y/o pautas del desarrollo esperados para la edad del niño. En los 3 casos, esto sucede ya desde el nivel inicial, resultando en que los docentes terminen ocupando un lugar central dentro de un proceso de normalización institucional en el que a posteriori se diagnostica el TDAH. En otros países, las compañías farmacéuticas incluso han creado materiales online destinados a intentar orientar a los docentes, de formas no explícitas, hacia los tratamientos medicamentosos (Phillips, 2006). No debe olvidarse que la infancia se ha convertido en una instancia vital destacada para la detección de posibles trastornos, anticipándose riesgos futuros que deben ser mejorados bajo tecnologías orientadas a la modulación de aspectos vitales (Rose, 1996; Clarke & Shim, 2011).

Continuando con los procesos institucionales, las escuelas derivaron a los niños al pediatra en primera instancia, donde se les realizaron exámenes y evaluaciones que no hallaron ningún compromiso orgánico o clínico. Los pediatras derivaron la consulta a neurología, donde supuestamente se encontraban los conocimientos específicos para encontrar las fallas subyacentes en estos niños. En este punto, se les aplicaron técnicas de exploración y diagnóstico (estudios de sueño, electroencefalogramas), arrojando resultados negativos en todos los casos. No se encontró ninguna condición neurológica que sirviera como correlato de las dificultades observadas en los niños. Sin embargo, fueron derivados a evaluaciones denominadas neuropsicológicas, aplicadas por psicólogos/as o psicopedagogos/as externos a la escuela. El resultado de dichas evaluaciones fue remitido a los médicos neurólogos, quienes se terminaban convirtiendo en las figuras referentes y aquellos que tenían adjudicada la capacidad de diagnosticar, siendo su palabra la que se legitimaría luego a la hora de obtener el certificado de discapacidad.

Finalmente, los neurólogos establecieron el diagnóstico e indicaron diferentes tratamientos de acuerdo con las necesidades de cada niño: farmacológicos, psicoterapéuticos, psicopedagógicos, fonoaudiológicos, etc. A su vez, la escuela también hizo sus propias intervenciones, indicando la presencia de una maestra integradora, la reducción horaria y/o la adecuación de los contenidos curriculares (ver Tabla 5).

Si se analiza el circuito completo, se puede observar la progresiva tecnificación y molecularización de las fallas del niño (Rose, 2012), saliendo de una situación contextual específica de interacción del alumno con la propuesta pedagógica, hacia un universo de significaciones en torno a disfunciones de sus capacidades cognitivas basadas, a su vez, en supuestas disfunciones cerebrales.

La tecnificación de las fallas del niño son producto del discurso de la neuropsiquiatría que, como se mencionó anteriormente, fue el que terminó predominando a la hora de tomar decisiones sobre el desarrollo y el aprendizaje del niño. Si bien algunas de las configuraciones de apoyo elaboradas por la escuela podían tomar elementos por fuera del diagnóstico, las evaluaciones e indicaciones de los profesionales externos eran las más valoradas para plantear los objetivos respecto de los contenidos y realizar las adecuaciones consideradas necesarias. Se identificaron varias situaciones en las que por más que el niño demostrara rendimientos alternativos a los de la escuela en otras actividades o situaciones, persistía la mirada en sus limitaciones bajo el ordenamiento del diagnóstico profesional.

Por otro lado, las características del discurso de las docentes coincidieron con los hallazgos de Mehan (2001) y Toscano (2005) en tanto: (1) la dimensión temporal de su discurso responde a la vida cotidiana de la escuela; (2) las docentes señalan aspectos parciales del alumno, no categorizaciones totales y/o determinantes; y (3) señalan también aspectos positivos y recursos del niño. En sus narrativas sobre los niños aparecen aspectos de su multiplicidad subjetiva y variaciones de posibilidades de aprendizaje según los encuadres o situaciones de trabajo, el contenido de la tarea y otras variables contextuales específicas.

En cuanto al discurso de las/os psicólogas/os del EOE se observaron dos dimensiones: por un lado, el cuestionamiento de los diagnósticos categoriales del DSM; por otro, la autoridad y prevalencia por sobre los demás discursos que representaban al alumno. Es decir, si bien cuestionaron las categorías estáticas y descontextualizadas de los diagnósticos, tomaron en gran parte los diagnósticos realizados por los profesionales

externos. Es decir, al no ser los encargados de la evaluación del niño no utilizaban un discurso tan revestido de vocabulario técnico, pero sí respondían a las indicaciones hechas por los profesionales externos. Debe destacarse que este es un terreno de disputa, ya que el psicólogo del EOE del caso Juan o la psicóloga del EOE de Carlos, difieren con esta visión categorial o normativa, adhiriendo a una mirada contextual y específica de las potencialidades de cada alumno. Si bien la normativa (CFE, 2016) ubica a los profesionales externos en el rol de orientadores o consultores, quedando las decisiones finales acerca de las acciones o estrategias educativas resguardadas para la institución educativa, en la práctica de los casos estudiados sucedía en muy pocas ocasiones. Incluso muchas veces las docentes o directivos manifestaban desacuerdos con las acciones de la maestra integradora o con los criterios de los profesionales externos, teniendo que relegar su posición hasta lograr llegar a un acuerdo tiempo más adelante.

Respecto al discurso de los padres se encontró la primacía de una visión temporal e histórica, buscando las explicaciones de las dificultades de sus hijos en sus historias vitales. Destacaron también los avances a través del tiempo. A diferencia del estudio de Mehan (op. cit.), uno de los padres utilizaba un lenguaje más técnico y señalaba a la medicación como la medida de la solución del problema de su hijo. Sin embargo, esta justificación respondía a una identificación personal de su propia historia de vida, siendo que él había tomado medicación de chico y había sido de gran ayuda para él. No deben olvidarse los trabajos de Conrad y Bergey (2014) que alertan sobre la colonización de los padres de los niños diagnosticados con TDAH por parte del discurso biomédico, en tanto las industrias farmacéuticas se enfocan en ellos para convertirlos en consumidores de sus productos. En América Latina, este proceso se produce a través de la divulgación de información a través de internet y de los medios de comunicación. El padre de Juan refiere participar activamente de foros de Facebook, promoviendo a los demás padres el uso de la medicación que funcionó con su hijo. La divulgación global de información descontextualizada sobre el TDAH lleva a padres y docentes a actuar en favor del control individual de los niños, colaborando a la “mercantilización del sufrimiento infantil”, ya que terminan consumiendo la información diseminada por el discurso neurobiológico que indica que los psicofármacos son la terapéutica recomendada para el trastorno (Iriart y Ríos, 2012, p. 1015).

Como efecto de la política de la representación sobre los niños, se encontró que a través del proceso de textualización en el legajo y de la representación predominante del discurso psicológico se vieron en muchas ocasiones posicionados como objetos. Sus

voces fueron registradas muy pocas veces, siendo las docentes o los padres quienes pudieron rescatar en ocasiones sus preguntas acerca de las evaluaciones que debieron realizar en los tests, o el porqué de la presencia de un acompañante en el aula a diferencia de sus compañeros. Por el contrario, las expresiones de los niños estaban orientadas a demostrar a sus padres que habían podido superar las dificultades que les eran señaladas (§ 4.4).

2. La Biomedicalización

En la tabla 6 se describieron las medicaciones utilizadas en los diferentes casos. Estas fueron indicadas por los neurólogos al poco tiempo de realizado el diagnóstico en los casos de Pedro y Carlos, mientras que en el caso de Juan fue prescrita luego de que las situaciones de agresión hacia sus docentes no mermaran en el tiempo.

En todos los casos estudiados fueron recetadas medicaciones que se mantuvieron por períodos prolongados. Resulta llamativo que no fue prácticamente cuestionada ninguna medicación por parte de los adultos en torno al niño. En 2 casos se registraron cuestionamientos por parte de las madres que fueron reducidos por los padres o los neurólogos tratantes. Como se mencionó anteriormente, las perspectivas críticas de la biomedicalización señalan que la industria farmacéutica ha puesto el énfasis en convertir a los pacientes en consumidores, en este caso a los padres de los niños.

No todas las medicaciones administradas eran específicas para los diagnósticos señalados, habiéndose incorporado el Aripiprazol en uno de los casos, que es indicado para otros trastornos mentales (el cual incluso no figura en el folleto entregado por el neurólogo a la escuela de Pedro como específico para el TDAH [Anexo 3]). Este fenómeno puede explicarse bajo la idea de la “comorbilidad”, en tanto la definición del trastorno en el DSM, -bajo la lógica del riesgo-, advierte de posibles trastornos asociados y dificultades en el futuro que pueden tener los niños, que incluyen un “... amplio abanico de dificultades sociales, laborales, familiares, académicas y en relación con la ley” (Bianchi y Rodríguez Zoya, 2019, p.18).

Se analizaron 2 dimensiones respecto de la prescripción de medicación: (1) los efectos percibidos como positivos por los diferentes adultos que comparten el día a día con los niños, y (2) los efectos percibidos como negativos.

Los efectos percibidos como positivos por los adultos que tienen relación con el niño fueron distintos en los 3 casos. En el caso de Pedro, la madre refirió que la

medicación se le daba solo para la actividad intelectual, es decir, solo cuando asistía al colegio. No hay un registro de cuál fue el efecto propiamente dicho, sino una referencia de que la escuela considera que lo ayudó. En el caso de Juan, como se mencionó anteriormente, el padre se mostró a favor de la medicación, considerando que redujo los episodios de agresión y mal comportamiento de su hijo. Por último, la directora de Carlos refiere que ayudó a que no se durmiera en clase y lograra períodos de atención más sostenidos.

Los 3 casos ilustran mejoras conductuales relacionadas al rendimiento de los niños en la escuela, lo cual se puede pensar que ayudaría a confirmar el diagnóstico, ya que en la práctica las medicaciones no fueron retiradas. Iriart y Ríos (op. cit) señalan que esta modalidad de confirmación del diagnóstico ha sido cuestionada dado que los psicoestimulantes utilizados tenían los mismos efectos tanto en niños diagnosticados como no diagnosticados. Incluso esta inespecificidad e incertidumbre sobre la eficacia de la medicación es señalada por el psiquiatra del caso Juan, quien le manifestó al padre que “tuvo suerte” con la medicina utilizada, dado que muchos niños prueban diferentes medicaciones sin resultados favorables. Esta práctica médica de ensayo y error conlleva el riesgo de la falacia de afirmación del consecuente (Baquero, 2018), en el caso que se atribuyera la mejoría en las conductas del niño al hecho de tomar medicación. Es decir, se piensa con la lógica P entonces Q, siendo P (tomar medicación para TDAH) y Q (se produce mejora). Si se da Q se presume confirmado P, lo que es falaz dado que se puede mejorar por otras razones.

Los efectos percibidos como perjudiciales por los adultos que tenían relación con los niños fueron principalmente el borramiento y la anulación del niño, es decir, la idea de que la medicación lo convierta en otro niño. El análisis de este fenómeno se puede relacionar con el cambio de identidad que se produce cuando un niño es diagnosticado e incluido en el grupo del TDAH. Como señala Miller (1999):

En el caso del TDAH una nueva subjetividad emerge cuando se identifica al niño inquieto y/o distraído como portador de un trastorno, ya no como un niño travieso, o con necesidades diferentes, o que está llamando la atención sobre situaciones que lo afectan.

Es decir, al cambio en la identidad del niño que implica pertenecer a la categoría de un trastorno psiquiátrico, se le agrega el cambio en su comportamiento que le genera la medicación, anulando, al menos parcialmente, el despliegue de su mismidad. El cuestionamiento en los casos estudiados es el de que los fármacos no terminan

ejerciendo el efecto esperado (por ejemplo, no siempre ayudaba a que Carlos no se durmiera en clase) o no se terminan de retirar (a Pedro cada año se lo evalúa y se piensa en retirarlo, pero hasta el momento de la toma de datos no había sucedido), por lo que se puede inferir la persistencia de la creencia del supuesto déficit neurofisiológico subyacente (Baquero, 2008).

3. ¿Es El TDAH Un Trastorno Mental? La Falta De Precisión De Los Diagnósticos Catoriales

La pregunta acerca de si el TDAH es un trastorno mental ha traído un debate entre dos posturas diferentes, una que sostiene que es un desorden de origen neurobiológico (Barkley; 2015; Conners, 1986; De la Peña et. al, 2010; Ramos-Quiroga et al., 2013; Hoogman et al., 2017), y otra que lo analiza como una construcción social que depende de factores situacionales y socioculturales (Burge, 2012; Fleer & Hedegaard, 2010; Frances 2014, Rose, 2012; Stiglitz, 2006).

La primera postura defiende el origen biológico y genético del trastorno (Barkley, 2017), a pesar de lo cual el diagnóstico por parte del médico es meramente clínico, es decir, no requiere de confirmaciones mediante pruebas fisiológicas. En este sentido, las guías de práctica clínica indican que las evaluaciones neuropsicológicas no deben usarse para confirmar o descartar el diagnóstico, sino que se pueden usar para apoyar la evaluación clínica. La evaluación clínica consiste principalmente en la determinación por parte del médico (pediatra, neurólogo/a) del cumplimiento de los criterios del DSM, incluyendo la documentación de los síntomas y un deterioro en más de un entorno (social, académico u ocupacional), con información obtenida principalmente de informes de padres o tutores, docentes, otros actores escolares y profesionales de la salud mental que participan en el cuidado o atención del niño (Wolraich et al, 2019).

Por otro lado, las posturas que defienden la construcción social del trastorno argumentan que la presencia del TDAH en el DSM responde a transformaciones más amplias de los procesos de medicalización y biomedicalización de la infancia (Bergey et al., 2018). La crítica hacia el DSM responde en parte a que los criterios del manual no toman en cuenta diferencias de género, socioculturales o variaciones en las etapas del desarrollo de los niños, lo que puede llevar a diferentes observadores a interpretar el

mismo comportamiento de manera distinta (Rohde et al., 2005). Incluso la psicología crítica ha advertido acerca de las asociaciones financieras y los conflictos de interés entre los miembros del comité del DSM y la industria farmacéutica (Whitaker & Cosgrove, 2015).

En los casos estudiados se pudo observar mayor evidencia en la línea que entiende al TDAH como una categoría construida y sostenida por discursos previos al ingreso de los niños a la escuela. En primera instancia, dado que se realizó un relevamiento de las descripciones de las dificultades de los niños por parte de los adultos que interactuaban con ellos (padres, docentes, profesionales de la salud mental), y se lo comparó con los criterios del DSM V (APA, 2014), encontrando que muy pocos de los ítems se correspondían (Tablas 8, 9 y 10). Las descripciones situacionales e históricas de los niños hechas principalmente por los padres, y en segundo lugar por los docentes, no siempre coincidían con los criterios diagnósticos observables según el DSM para el TDAH. Así es que la interpretación de las dificultades que los padres hacían de sus hijos brindaba narrativas donde la falta de atención o la hiperactividad no tenían lugar. En algunas ocasiones, las docentes se sumaban a estas narrativas, apareciendo explicaciones distintas de la falta de rendimiento de los niños en la escuela. Estas miradas se expandían aún más cuando se salía de los ambientes más normalizados, hacia espacios y contextos donde los niños se sentían más motivados y no eran evaluados o seguidos a través de expectativas estandarizadas. A pesar de esto, el discurso neuropsiquiátrico logra imponerse a través del DSM, en tanto su expansión ha ido en torno a patologizar la vida cotidiana (Frances, 2014). Es decir, se apunta a definir las problemáticas de la vida cotidiana como desajustes químicos a nivel cerebral, relegando su estudio desde una mirada sociocultural (Fleer et. al., 2020). Dada la construcción del manual desde la neurobiología, los criterios del DSM establecidos para diagnosticar el TDAH arrojan más casos positivos que cuando se usa el CIE (el manual utilizado en Europa para clasificar y diagnosticar). Esto se debe a que los requisitos del DSM para entrar en la categoría son menores, mientras que el CIE es más restrictivo (Conrad y Bergey, 2014). Por lo tanto, el carácter difuso del diagnóstico, la dificultad en la distinción clara de sus límites responde también a la diferencia entre los paradigmas con los que se interpretan los problemas de la vida cotidiana de las personas.

En segundo lugar, siguiendo la tesis de McDermott (2001), existe un continuo de escenarios con exigencias arbitrarias donde están dadas las condiciones para que surjan las discapacidades de aprendizaje, en el caso de esta tesis, los problemas atencionales y

de hiperactividad. El extremo de este continuo se da en las sesiones de administración de tests, donde predomina el señalamiento de las fallas de los niños para dirigir su atención a las tareas y/o adecuarse al contexto, relegando la dimensión de la motivación y el despliegue de la propia subjetividad del niño. Esto lleva a pensar al TDAH como una categoría previamente establecida en la sociedad que se detecta en situaciones altamente específicas y diseñadas para ese fin (las evaluaciones neuropsicológicas, el formato homogeneizante y las características de la escuela).

Los problemas de los niños en estas evaluaciones se traducen en déficits de sus capacidades cognitivas y de funcionamiento, asociándose a un mal pronóstico y desempeño en la escuela. Es decir, se puede pensar que el TDAH preexiste al niño, en tanto el discurso neuropsiquiátrico hegemónico establece como verdadera la idea de que existe una anomalía localizada en su cerebro, a pesar de que no contar aún con evidencias contundentes (Benasayag, 2007; Corrigan & Whitaker, 2017; Frances, 2014). Las técnicas de evaluación son construidas y aplicadas de forma descontextualizada, ubicando la falla en el niño, por ejemplo, por no prestar atención o hacer comentarios no relevantes en ese contexto. La consecuencia termina siendo el efecto estigmatizante, descrito por el estudio clásico de Rosenhan (1973/1988), que, en el caso del TDAH, al poder ser el niño diagnosticado ya desde los 4 años (según el DSM V), podría limitar las posibilidades de su desarrollo vital y aprendizaje en la escuela.

Las sesiones de administración de tests y evaluaciones neuropsicológicas contrastaban con otros ambientes, como el club o algunas asignaturas extracurriculares (inglés, plástica, teatro), donde los niños tenían un desempeño totalmente distinto. Tanto el equipo externo de profesionales, como padres y docentes, señalaron la motivación y el buen rendimiento de los alumnos en los ambientes que eran de su gusto. Sin embargo, esto no logró modificar la creencia acerca de su déficit, establecido y fijado en su diagnóstico.

Por último, se ha observado un terreno de indefinición e imprecisión en torno al establecimiento del diagnóstico. Los evaluadores definen por escrito un diagnóstico o apreciación diagnóstica, que se ve alterado luego en el certificado de discapacidad, y es por lo tanto trasladado a los documentos escolares. Ocurría también que diferentes evaluadores discrepaban entre sí, a la vez que la escuela o los padres tampoco acordaban en la especificidad de las dificultades del niño. En la Tabla 7 fueron detallados la multiplicidad de diagnósticos diferentes hallados, lo cual terminaba

produciendo más confusión a la hora de tener que generar configuraciones de apoyo para potenciar su desarrollo y aprendizaje. Estos diagnósticos eran además contradictorios con los tratamientos indicados: en el caso de Pedro, su certificado de discapacidad indicaba “Retraso Mental Leve” pero se lo medicaba para TDAH; en el caso de Juan el diagnóstico del neurólogo era TDAH, pero la medicación tenía que ver con el control de la agresividad; en el caso de Carlos se lo diagnostica como TDAH, pero el centro de integración y la escuela lo consideraban más cercano a un retraso madurativo.

Estas discrepancias en el diagnóstico pueden pensarse como efecto de la dificultad de distinguir entre los problemas mentales y los problemas fisiológicos, que terminan por fusionarse en mecanismos subyacentes que supuestamente serían similares (Rose, 2012). Esta fusión se ve reflejada en la construcción de grillas de puntaje de los diferentes aspectos cerebrales, traducidos en conceptos y funciones cognitivas, que deberían alcanzar ciertos estándares para ser considerados normales. Lo que llama la atención, es que, a pesar del intento de medición y estandarización de las capacidades de los niños, los diferentes evaluadores llegaban a resultados distintos. Lo cual, sostiene la hipótesis de Rose y Abi-Rached (2013): “En la raíz, el proyecto neurobiológico en psiquiatría encuentra su límite en un único y repetido factor: los desórdenes mentales son problemas de personas, no de cerebros” (p. 140). Los trastornos mentales no son problemas del cerebro en los laboratorios, sino de los seres humanos en el tiempo, el espacio, la cultura y la historia.

Como refiere Baquero (2008) los diagnósticos construidos bajo este tipo de pruebas neuropsicológicas (1) no aprecian las especificidades que guardan los procesos de aprendizaje escolar; (2) suponen un desarrollo cuasi-natural del niño comprendido en un ritmo unificado; (3) consideran que el aprendizaje se puede explicar de modo autosuficiente por procesos internos del individuo. Esto conlleva como riesgo: “... perpetrar la falacia de abstracción de la situación, como si fuera posible ponderar un desempeño o pronosticar el desarrollo haciendo abstracción de las características de las situaciones de aprendizaje propuestas o a proponer” (Baquero, 2000).

4. Efectos Del Circuito Diagnóstico En La Trayectoria Escolar Y Vital Del Niño

Cuando el alumno es incluido en un proyecto de inclusión escolar, luego de haber sido diagnosticado por los profesionales externos, se ven alteradas la

temporalidad y espacialidad de su transitar en la escuela. Las intervenciones realizadas por la escuela en los 3 casos fueron similares, a pesar de las diferencias individuales de cada niño. La reducción de la jornada horaria, la incorporación de una maestra integradora y la elaboración de un PPI (o adecuaciones curriculares), fueron las herramientas que la escuela dispuso para sortear las barreras al aprendizaje y la participación (Tabla 5). Estas intervenciones alteraron los tiempos y jornadas de los niños, repercutiendo en tener que ausentarse a muchos espacios ligados a lo deportivo y las materias denominadas extracurriculares. No se trata aquí de cuestionar el uso de estas intervenciones, -que cuando el diagnóstico es acertado pueden significar apoyos necesarios y fundamentales (Valdez, 2016)-, sino su falta de ajuste y adecuación, en función de ubicar siempre la falla en el yo neurobiológico del niño. Como se mencionó anteriormente, en el discurso de los docentes, del EOE y de los profesionales externos prevalece una visión normativa, que no pondera a la situación escolar como problema inherente a la definición de las dificultades del alumno en la escuela (Toscano, 2005). Por lo tanto, la unidad de análisis continúa siendo individual, no permitiendo la adecuación de la situación de enseñanza-aprendizaje específica para cada niño.

Del proceso diagnóstico se desprenden diversos pronósticos acerca de lo que el niño podrá o no lograr. Como señala Toscano (op. cit), las evaluaciones pedagógicas no contemplan alternativas a realizarse dentro del aula de la escolaridad común, por lo que:

Es razonable que se otorgue un peso relativo considerable a las predicciones a efectuar a partir del resultado de las técnicas de evaluación utilizadas y que de ellas se deriven apreciaciones categóricas –no relativizadas o contextualizadas– sobre el desempeño posible del alumno... esto no expresa una “mala práctica” de los profesionales, sino que auxilia a describir las limitaciones que poseen todos los actores al pensar alternativas posibles dentro de la lógica de la rutina y mecanismos institucionales en buena medida naturalizados. (p 178)

Es decir, lo que termina emergiendo son las limitaciones de procesos institucionales que establecen expectativas estandarizadas, y la difícil situación en la que quedan los actores para poder flexibilizar estas expectativas y abrir espectros de posibilidades de aprendizaje y desarrollo para los niños que atraviesan dichos procesos.

Por otro lado, a raíz de ser diagnosticado con TDAH, el niño empieza a formar parte de una categoría que conlleva tanto riesgos como optimizaciones para su futuro (Rose, op. cit). Bajo la lógica del riesgo, el TDAH es un trastorno de la vida del niño, es decir, lo acompañará en toda su trayectoria escolar, observándose en los casos

estudiados que, a pesar de los cambios y transformaciones a través de los años, se lo sigue denominando bajo ese rótulo principal. Será además necesario prevenirlo de los posibles riesgos a futuro propios de ser parte de esa categoría, que en el TDAH están asociados al consumo de sustancias ilegales, y otros trastornos psiquiátricos (ansiedad, depresión, trastorno oposicionista desafiante, entre otros) (Wolraich et al., 2019). Al estar categorizado bajo un trastorno, es mirado constantemente en búsqueda de confirmar sus fallas, principalmente en las actividades de rendimiento, tanto en la escuela como en las sesiones de administración de tests y las terapias. Esto es claramente señalado por la madre de Pedro cuando dice que el niño fue más mirado que acompañado, ya que lo que terminaba sucediendo era que se le marcaban más todas las cosas que le ocurrían, ya fueran avances o errores. Por el lado de las mejorías o las optimizaciones que se deben supuestamente hacer sobre ese yo que falla, y que por lo tanto es necesario administrarlo por las vías del gobierno biomédico, las farmacéuticas, -a través de las campañas de promoción de la medicación que realizan mediante los medios de comunicación y los profesionales que adscriben a la concepción neurobiológica-, prometen un niño atento, concentrado y tranquilo que no problematice el espacio educativo, ni el familiar y social (Iriart y Ríos, op. cit).

Los efectos que esto trae sobre su trayectoria escolar están ligados a la creación de pronósticos, que toman la forma predominante de malos presagios sobre su futuro, en función de que en muchas ocasiones no contemplan la modificación de las condiciones de aprendizaje o desarrollo. Estos pronósticos son transmitidos tanto desde el interior de la escuela como desde fuera (por los profesionales externos). Retomando el párrafo anterior, a este yo que ha de ser administrado debido a sus fallas se le indica una medicación que es la que le permite su adecuación a la rutina escolar normativizada, y cuando surge una situación por fuera de esa rutina, por ejemplo, un campamento, también se le solicita que la tome. Es decir, el yo está fallado no solo en lo que respecta a su rendimiento, sino en todos los demás ámbitos, ya que se presume que su falla tiene un origen neurobiológico. Esto se contradice con la observación de los padres acerca de los niños en las actividades que son de su agrado, y donde no toman medicación, en las que sus desempeños y formas de participación son adecuadas al contexto. Por lo tanto, la mirada de la neuropsiquiatría termina relegando los aspectos situacionales y sociales de la vida del niño, reduciéndolos al cerebro.

Por último, esta cadena de efectos de cuestionamiento de la potencialidad individual del alumno lleva a que se dude en cada cambio de nivel (inicial a primaria y

primaria a secundaria) de su capacidad de adaptación. El diagnóstico de un trastorno psiquiátrico tiñe la visión de los profesionales y los docentes, provocando que, por ejemplo, el neurólogo de Carlos indique, -2 años/grados antes del pasaje de nivel-, que esa escuela no es para él, que es necesario cambiarlo. De la misma forma, coinciden los docentes y directivos de su escuela. Si bien se puede presuponer que estos actores realizan esta advertencia reconociendo los límites propios de las estructuras y modos de funcionamiento de esas escuelas específicas, y con el fin de que el alumno encuentre otro marco institucional que le sea más favorable, cabe preguntarse, ¿desde qué posición de verdad habla el neurólogo que le permite realizar una indicación pedagógica que en todo caso sería pertinencia de los actores escolares? Lo que se observa nuevamente es la supremacía y hegemonía del discurso médico, al servicio del gobierno vital a través del cerebro. Rose y Abi-Rached (2013) señalan que en el siglo XX fue el lenguaje psicológico el que tuvo un gran impacto sobre nuestras vidas, remodelando las ideas acerca de nosotros mismos, nuestras identidades, autonomía, libertad y realización personal. Haciendo referencia a la cantidad de áreas estudiadas en la actualidad con el prefijo *neuro* (neuroeducación, neuroética, neuroeconomía, etc.), y comparándolas con el impacto de la psicología en el siglo XX, se preguntan:

¿Tendrán estos desarrollos en las neurociencias un impacto social, político y personal tan significativo? Si ahora consignamos la división cartesiana de mente y cuerpo a la historia y aceptamos que la mente no es más que lo que hace el cerebro, ¿eso significa que los neurocientíficos, después de años de trabajo duro en relativa oscuridad, están listos para convertirse en nada menos que "ingenieros del alma humana"? (p. 8)

Los autores responden que aún no se puede saber si esto será así, dado que no se puede anticipar el futuro del desarrollo de las neurociencias en las siguientes décadas, pero si podemos unirnos a su espíritu crítico, entendiendo a la crítica como un ejercicio basado en el cuidadoso juicio y la observación, procurando que sea exacta, precisa y puntual.

5. Perspectivas Hacia El Futuro

Como estudio cualitativo de casos no se pretende la generalización de los resultados a una población, sino la comprensión profunda de procesos y fenómenos complejos y particulares. Por consiguiente, el objetivo de la tesis, al partir desde una

mirada situacional y sociocultural, proponía identificar y analizar las características específicas y los criterios puestos en juego en el proceso de detección, diagnóstico y elaboración de estrategias de inclusión escolar en la población seleccionada (alumnos diagnosticados con TDAH de escuelas de gestión privada de CABA). Por tanto, los resultados encontrados permiten vislumbrar varios aspectos de las prácticas estudiadas para concebir nuevas alternativas y desarrollos posibles, a la vez que abrir interrogantes sobre las mismas.

El análisis de las prácticas diagnósticas y la posterior construcción de apoyos para favorecer la inclusión escolar encontró principalmente las limitaciones de las lógicas reduccionistas en torno al discurso de la neuropsiquiatría y cierta rigidez o límites en la posibilidad de modificar las prácticas escolares. A modo de cuestionar o sortear estas limitaciones se propone concebir alternativas para estas prácticas desde la perspectivas críticas y situacionales que, en tal sentido, contemplen la multiplicidad subjetiva de los niños. Es decir, cuando el individuo se ve molecularizado (Rose, 2012) o reducido a sus partes, en este caso cuando la atención se intenta medir bajo parámetros estandarizados en situaciones descontextualizadas, se pierde la posibilidad de desplegar las potencialidades del niño. Si, por el contrario, tanto en la instancia de establecimiento del diagnóstico como en el posterior armado de condiciones de aprendizaje específicas para ese alumno se tuvieran en cuenta las variables contextuales, particularmente las escolares, posiblemente se abrirían nuevos espacios de desarrollo caracterizados por la incertidumbre y la diversidad. Aún más, si se pudiera reconsiderar el componente normativo de las prácticas pedagógicas como prácticas del gobierno del desarrollo (Baquero, 2020), se podrían al menos considerar prácticas pedagógicas y cursos de desarrollo alternativos para los niños.

Se entiende que los actores que forman parte de estas prácticas operan enmarcados por los procesos institucionales y que incluso muchos de estos procesos han sido diseñados con la lógica de poder construir una escuela inclusiva (el PPI, por ejemplo, intenta readecuar los objetivos de la currícula para ese alumno en particular). Asimismo, los docentes y los padres se esfuerzan en destacar las áreas y los ámbitos donde los niños se despliegan con mayor interés y motivación, obteniendo mejores resultados que los esperados por los criterios estandarizados de progreso de la escuela. La propuesta se dirige entonces hacia intentar incorporar, en la medida de lo posible, la complejidad de estas dimensiones cuando se debe pensar en proyectos de inclusión para los estudiantes. La pregunta aquí es cómo poder reconfigurar las prácticas de manera de

acercarse a esta visión crítica del discurso de la neuropsiquiatría y de la biopolítica, sin desconsiderar sus aportes para la comprensión del ser humano.

Para finalizar, desde un nivel de análisis más amplio, retomamos la idea de Parker (2015) en tanto una línea de acción posible a tomar por parte de la psicología es tratar de acercar la distancia que se establece entre la psicología y las personas como su objeto de estudio, -que en muchas ocasiones produce su alienación-, involucrándolos como agentes activos que trabajan juntos de manera creativa con una apreciación holística de su propia naturaleza y su lugar en los procesos ecológicos.

Referencias Bibliográficas

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Profile and Child Behavior Checklist*. Burlington, VT: Authors.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1986). *Empirically based assessment of the behavioral/emotional problems of 2- and 3-year-old children*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 629–650. <https://doi.org/10.1007/BF00917246>
- Ainscow, M. (2007). Towards a More Inclusive Education System: Where Next for Special Schools?, en R. Cigman (ed.), *Included or Excluded? The Challenge of Mainstream for Some SEN Children*. Routledge
- Ardila, A., y Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. American Board of Professional Neuropsychology.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.)*. Washington, DC: Author
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ta. Ed. Editorial Médica Panamericana.
- Baquero, R. (2000). Lo habitual del fracaso y el fracaso de lo habitual. En F. Avendaño y N. Boggino (Comps.), *La escuela por dentro y el aprendizaje escolar*. Homo Sapiens.
- Baquero, R. (2001). La educabilidad bajo sospecha. *Cuadernos de Pedagogía*, Año IV N° 9, pp. 71-85.
- Baquero, R. (2011). Las infancias y la época. En G. Dueñas (Comp.), *La patologización de la infancia: niños o síndromes*. Noveduc Libros.
- Baquero, R. (2012). Alcances y límites de la mirada psicoeducativa sobre el aprendizaje escolar: algunos giros y perspectivas. *Revista Polifonías*, 1(1), 9-21.
- Baquero, R. (2013). Sospechas cruzadas. El problema de la educabilidad. *Diálogos Pedagógicos*, 11(21), 157–190.
<http://revistas.bibdigital.uccor.edu.ar/index.php/dialogos/article/view/294>
- Baquero, R. (2016). De las dificultades de predecir: el fracaso escolar en los enfoques socioculturales. *Vygotski y su legado a la investigación en América Latina*, 9-24.

- Baquero, R. (2018). ¿A quién le pertenece Vigotsky? Sobre un legado valioso y complejo. *Educadores en Perspectiva Transformadora*. pp:135-161. ISBN 978-987-1026-42-5
- Baquero, R. (2020). Lo normativo en Psicología del Desarrollo y Educacional. ISSN online: 2359-246X.
- Baquero, R., Pérez, A.V. y Toscano, A.G. (Comps.). (2008). *Construyendo posibilidad. Apropiación y sentido de la experiencia escolar*. Homo Sapiens Ediciones.
- Barkley, R. A. (1982). Guidelines for defining hyperactivity in children (attention deficit disorder with hyperactivity). En B. Lahey & A. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology (Vol. 5, pp. 137– 180)*. Plenum Press.
- Barkley, R. A. (1988). Child behavior rating scales and checklists. In M. Rutter, A. H. Tuma, & I. Lann (Eds.), *Assessment and diagnosis in child psychopathology (pp. 113–155)*. Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997a). *ADHD and the nature of selfcontrol*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997b). Age dependent decline in ADHD: True recovery or statistical illusion? *ADHD Report*, 5(1), 1–5.
- Barkley, R. A. (2001). The executive functions and self-regulation: An evolutionary neuropsychological perspective. *Neuropsychology Review*, 11, 1–29.
<https://doi.org/10.1023/A:1009085417776>
- Barkley, R. A. (2004). Critique or misrepresentation? A reply to Timimi et al. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 65–69.
<https://doi.org/10.1023/B:CCFP.0000020193.48817.30>
- Barkley, R.A. (2015). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment. Fourth Edition*. Guildford Press.
- Barkley, R. A., y Edelbrock, C. S. (1987). Assessing situational variation in children's behavior problems: The Home and School Situations Questionnaires. In R. Prinz (Ed.), *Advances in behavioral assessment of children and families, Vol. 3*, pp. 157–176. JAI Press.
- Barkley, R.A. (2017). *What causes ADHD?*
<http://www.russellbarkley.org/factsheets/WhatCausesADHD2017.pdf>
- Benasayag, L. (2007). Deconstrucción neurológica del llamado “ADDH”. En L. Benasayag (Comp.), *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad (pp. 13-34)*. Noveduc Libros.
- Benasayag, M. (2015). *El cerebro aumentado, el hombre disminuido*. Paidós.

- Benasayag, M. (2019). *La singularidad de lo vivo*. Prometeo Libros.
- Benasayag, M. y Schmit, G. (2010) *Las pasiones tristes. Sufrimiento psíquico y crisis social*. Siglo XXI.
- Beck, J. (2008). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Bergey, M. R., Filipe, A. M., Conrad, P., & Singh, I. (Eds.). (2018). *Global perspectives on ADHD: social dimensions of diagnosis and treatment in sixteen countries*. JHU Press.
- Biederman, J., Baldessarini, R. J., Wright, V., Knee, D., & Harmatz, J. S. (1989). A double-blind placebo controlled study of desipramine in the treatment of ADD: I. Efficacy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 777–784.
- Biederman, J., Faraone, S. V., & Lapey, K. (1992). Comorbidity of diagnosis in attention-deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1, 335–360.
- Biederman, J., Gastfriend, D. R., & Jellinek, M. S. (1986). Desipramine in the treatment of children with attention deficit disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 6, 359–363.
- Bleichmar, S. (2018). El concepto de infancia en psicoanálisis (prerrequisitos para una teoría de la clínica). *Revista de Psicoanálisis*, 84, 653-683.
- Bianchi, E. (2016). Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a)normalidad? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (1), pp. 417-430.
<https://link.gale.com/apps/doc/A458550474/AONE?u=anon~dfec8bae&sid=googleScholar&xid=b502c68c>
- Bianchi, E. y Rodríguez Zoya, P. G. (2019). (Bio)medicalización en los “extremos” de la vida. Tecnologías de gobierno de la infancia y el envejecimiento. *Athenea Digital*, 19(2), e2309. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2309>
- Brignoni, S. (2012). *Pensar las adolescencias*. Editorial UOC
- Burge, M. (2012). *The ADD Myth: How to Cultivate the Unique Gifts of Intense Personalities*. Mango Media Inc.
- Canguilhem, G. (1966). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI editores
- Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Marsh, W. L., Hamburger, S. D., Vaituzis, A. C., Dickstein, D. P., Sarfatti, S.E., Vauss, Y.C., Snell, J.W., Lange, N., Kaysen, D., Krain, A.L., Ritchie, G.F., Rajapakse, J.C., Rapoport, J.L. (1996).

- Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 607–616.
doi:10.1001/archpsyc.1996.01830070053009
- Castorina, J. A. (2016). La relación problemática entre Neurociencias y educación. Condiciones y análisis crítico. *Propuesta educativa*, (46), 26-41.
- Castorina, J. A. y Baquero, R. (2005). *Dialéctica y psicología del desarrollo: el pensamiento de Piaget y Vigotsky*. Amorrortu Editores.
- Charlot, B. (2008). *La relación con el saber* (Vol. 1). Libros del Zorzal.
- Chernobilsky, L. (2006). El uso de la computadora como auxiliar en el análisis de datos cualitativos. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 239-274). Gedisa.
- Cimolai, S. (2005). *La construcción de los problemas del alumnado en los legajos escolares. Un estudio en dos escuelas públicas EGB de la Provincia de Buenos Aires* (Tesis de Maestría). Universidad de San Andrés, Escuela de Educación, Buenos Aires.
- Cimolai, S. y Toscano, A.G. (2008). ¿Atrapados sin salida? Concepciones de educabilidad y alumnos en problemas. En R. Baquero, A. V. Pérez y A. G. Toscano (2008). *Construyendo posibilidad. Apropiación y sentido de la experiencia escolar*. Homo Sapiens Ediciones.
- Clarke, A. E., Shim, J., Mamo, L., Fosket, J., & Fishman, J. (2010). Biomedicalization: A theoretical and substantive introduction. In Clarke A., Mamo L., Fosket J., Fishman J., & Shim J. (Eds.), *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.* (pp. 1-44). Duke University Press. doi:10.2307/j.ctv125jk5c.5
- Clarke, A. E., & Shim, J. (2011). Medicalization and biomedicalization revisited: technoscience and transformations of health, illness and American medicine. In B. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod, A. Rogers (Eds.), *Handbook of the sociology of health, illness, and healing* (pp. 173-199). Springer
- Coll, C. (1988). *Conocimiento psicológico y práctica educativa. Introducción a las relaciones entre psicología y educación*. Barcanova.
- Comenius, J.A. (1986-1632) *Didáctica Magna*. Akal.
- Connors, C. K. (1969). A teacher rating scale for use in drug studies with children. *American Journal of Psychiatry*, 126, 884–888

- Conners, C. K., y Wells, K. (1986). *Hyperactive children: A neuropsychological approach*. Sage.
- Conners, C. K., Erhardt, D., y Sparrow, E. (2000). *Conners Adult ADHD Rating Scales*. Multi-Health Systems.
- Conners, C. K., Staff, M. H. S., Connelly, V., Campbell, S., MacLean, M., y Barnes, J. (2000). Conners' continuous performance Test II (CPT II v. 5). *Multi-Health Syst Inc*, 29, 175-96.
- Conrad, P., y Bergey, M. R. (2014). The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social science & medicine*, 122, 31-43. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.019>
- Consejo Federal de Educación (2014). Resolución CFE N° 239/14. Pautas federales para el acompañamiento y la intervención de los Equipos de Apoyo y Orientación Escolar que trabajan en el ámbito educativo. Buenos Aires, 22 de octubre de 2014.
- Consejo Federal de Educación (2016). Resolución CFE N° 311/16. Promoción, acreditación, certificación y titulación de los estudiantes con discapacidad. Buenos Aires, 15 de diciembre de 2016.
- Corrigan, M. W., & Whitaker, R. (2017). Lancet psychiatry needs to retract the ADHD-Enigma Study. *Mad in America*.
<https://www.madinamerica.com/2017/04/lancet-psychiatry-needs-to-retract-the-adhd-enigma-study/>
- Crosbie, J., y Schachar, R. (2001). Deficient inhibition as a marker for familial ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1884–1890.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1884>
- Daniels, H. (2010). Situating pedagogy: moving beyond an interactional account. *Pedagogies: An International Journal* Vol. 5, No. 1, January–March 2010, 27–36. <https://doi.org/10.1080/15544800903406282>
- De la Peña, F., Palacio, J.D. y Barragán, E., (2010). Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. *Revista Ciencias de la Salud*; 8 (1): 93-98.
- Denzin, N. K., y Lincoln, Y. S. (Comps.) (2012). *Manual de investigación cualitativa (Vol. 4). Métodos de recolección y análisis de datos*. Gedisa.
- Douglas, V. I. (1983). Attention and cognitive problems. In M. Rutter (Ed.), *Developmental neuropsychiatry* (pp. 280–329). Guilford Press.

- DuPaul, G. J. (1991). Parent and teacher ratings of ADHD symptoms: Psychometric properties in a community-based sample. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 242–253. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2003_3
- DuPaul, G. J., y Barkley, R. A. (1992). Situational variability of attention problems: Psychometric properties of the Revised Home and School Situations Questionnaires. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 178–188. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2102_10
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (1998). *The ADHD Rating Scale–IV: Checklists, norms, and clinical interpretation*. Guilford Press.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., Reid, R., McGoey, K. E., & Ikeda, M. J. (1997). Teacher ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms: Factor structure, normative data, and psychometric properties. *Psychological Assessment*, 9, 436–444. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.436>
- Farré, A. y Narbona, J. (2003). *EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. Madrid. España: TEA .
- Fleer, M. & Hedegaard, M. (2010) Children's Development as Participation in Everyday Practices across Different Institutions. *Mind, Culture, and Activity*, 17:2, 149-168, <http://dx.doi.org/10.1080/10749030903222760>
- Fleer, M. & van Oers, B. (eds.) (2019). *International Handbook of Early Childhood Education*. Springer International Handbooks of Education. DOI 10.1007/978-94-024-0927-7_1
- Fleer, M., González Rey, F. & Jones, P.E. (eds.) (2020). *Cultural-Historical and Critical Psychology, Perspectives in Cultural-Historical Research 8*, https://doi.org/10.1007/978-981-15-2209-3_1
- Frances, A. (2010). Alert to the research community- be prepared to weigh in on DSM-V. *Psychiatric Times* 27 (2):1–5. <https://link.gale.com/apps/doc/A218449796/AONE?u=anon~7c24ff2d&sid=googleScholar&xid=59fc505b>
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría*. Ariel.
- Ferreiro, E. (1991) *Proceso de alfabetización. La alfabetización en proceso*. Bs. As.: CEAL. y Teberosky, A. (1979) *Los sistemas de escritura en el desarrollo del niño*. Siglo XXI.

- Foucault, M. (1986). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber: I. Siglo veintiuno.*
- Foucault, M. (2000). *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975).* Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2001). L' extensión social de la norma. En *Dits et Escrits II, 1976-1988*, pp. 74-75. Cuarto Gallimard.
- Frigerio, G. (2004). La (no) inexorable desigualdad. *Revista Ciudadanos*, 1(2), 85-96.
- Gittelman, R., Abikoff, H., Pollack, E., Klein, D., Katz, S., & Mattes, J. (1980). A controlled trial of behavior modification and methylphenidate in hyperactive children. En C. Whalen & B. Henker (Eds.), *Hyperactive children: The social ecology of identification and treatment* (pp. 221–246). Academic Press.
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000). RESOLUCIÓN N° 1274/GCABA/SED/00. Instituye Los Principios Básicos De La Integración Educativa. Buenos Aires, 31 de julio de 2000.
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2009). Disposición N° 32 DGEGE/2009. Procedimientos para la inclusión de niños y jóvenes con necesidades educativas especiales en todos los niveles y modalidades en educación común en todos los niveles y modalidades. Buenos Aires, 23 de abril de 2009.
- Goffman, E. (1993). *Estigma. La identidad deteriorada.* Amorrortu.
- Golse, B. (2003). L'hyperactivité de l'enfant: un choix de société. *Le Carnet Psy*, N° 78, pp. 26-28. DOI: 10.3917/lcp.078.0026
- Gvirtz, S. (1999). *El discurso escolar a través de los cuadernos de clase. Argentina (1930 y 1970).* Eudeba.
- Harf, R. (1998). Legajos escolares: ¿Portadores de información o prontuarios? [Versión electrónica]. *Novedades Educativas*, 95, Noviembre/Diciembre.
- Hedegaard, M. (2009). Children's development from a cultural-historical approach: Children's activity in everyday local settings as foundation for their development. *Mind, Culture, and Activity*, 16, 64–82.
DOI:10.1080/10749030802477374
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, M.P. (2014). *Metodología de la Investigación.* Editorial McGraw Hill.

- Hernández Sampieri, R. y Mendoza Torres, C.P. (2018). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa, y mixta. McGraw-Hill Interamericana
- Hervás Zúñiga, A. y Durán Forteza, O. (2014). El TDAH y su comorbilidad. *Pediatr Integral 2014; XVIII (9): 643-654*
- Hinshaw, S. P., Henker, B., & Whalen, C. K. (1984). Cognitive-behavioral and pharmacologic interventions for hyperactive boys: Comparative and combined effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 739–749.
- Hinshaw, S.P. y Scheffler, R.M. (2014). *The ADHD Explosion: Myths, Medication, Money, and Today's Push for Performance*. Oxford University Press
- Holquist, M. (2002). La política de la representación. En M. Cole, Y. Engeström & O. Vásquez (Eds.). *Mente, cultura y actividad*. México D.F.: Oxford University Press.
- Hoogman, M., Bralten, J., Hibar, D.P., Mennes, M., Zwiers, M.P., Schweren, L.S.J., van Hulzen, K.J.E., Medland, S.E., Shumskaya, E., Jahanshad, N., de Zeeuw, P., Szekely, E., Sudre, G., Wolfers, T., Onnink, A.M.H., Dammers, J.T., Mostert, J.C., Vives-Gilabert, & ... Franke, B. (2017). Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *The Lancet Psychiatry, 4(4)*, pp. 310-319. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30049-4
- Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press.
- Iriart, C., y Ríos, L. I. (2012). Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 16*, 1008-1024.
- James, W. (1950). *The principles of psychology*. Dover. (Original work published 1890)
- Janin, B. (2007). El ADHD y los diagnósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones. *Cuestiones de infancia, 11*, pp. 15-33.
- Keegan, E. (2007). *Escritos de Psicoterapia Cognitiva*. Eudeba.
- Kendall, P. (2000) *Child and Adolescent Therapy*. Cognitive-Behavioral Procedures. The Guilford Press.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-Onset distributions of DSM-IV

- disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry* 62 (6):593–602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kosovsky, R. (2011). El abordaje de las terapias cognitivas en niños, adolescentes y familias. *Revista electrónica de la Facultad de Psicología - UBA*. ISSN 1853-9793.
- Laufer, M., Denhoff, E., & Solomons, G. (1957). Hyperkinetic impulse disorder in children's behavior problems. *Psychosomatic Medicine*, 19, 38–49.
- Lave, J. (1991). Situating learning in communities of practice. En L. B. Resnick, J. M. Levine, & S. D. Teasley (Eds.), *Perspectives on socially shared cognition* (pp. 63-82). American Psychological Association.
- Lus, M. A. (1995). *De la integración escolar a la escuela integradora*. Paidós.
- Mandil, R. (2006). Biopolítica del Déficit de Atención. En G. Stiglitz (Comp.), *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran: el mal real y la construcción social* (pp.89-96). Grama Ediciones.
- Mascaraque, P. S., & Cohen, D. S (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral* 2020; XXIV (6): 316 – 324.
- McDermott, R. P. (2001). La adquisición de un niño por una discapacidad de aprendizaje. En S. Chaiklin, y J. Lave (Comps.), *Estudiar las prácticas: perspectivas sobre actividad y contexto* (pp. 291-330). Amorrortu editores.
- Mehan, H. (2001). Un estudio de caso en la política de representación. En S. Chaiklin, y J. Lave (Comps.), *Estudiar las prácticas: perspectivas sobre actividad y contexto* (pp. 262-289). Amorrortu editores.
- Mehan, H., Hertweck, A., & Meihls, J. L. (1986). *Handicapping the handicapped: Decision making in students' educational careers*. Stanford University Press.
- Meirieu, P. (2004) *Referencias para un mundo sin referencias*. Ed. Grao.
- Miller, L. (1999). *Running on ritalin: a physician reflects on children, society and performance in a pill*. Bantam Books
- Ministerio de Educación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Mayo de 2021). Estatuto Del Docente Del Gobierno De La Ciudad De Buenos Aires (Ordenanza N°40.593 y sus modificaciones– reglamentada por Decreto N° 611/86 y sus modificaciones).
- Ministerio De Salud de la Nación (2015). Normativa Para La Certificación De Personas Con Discapacidad. Disposición 648 / 2015 [Servicio Nacional De

- Rehabilitación]. Fecha de sanción 27 de julio de 2015, publicada en el Boletín Nacional del 31 de julio de 2015.
- Moscoso Ariza, O. H., Restrepo de Mejía, F., Orrego Cardozo, M., y Vidarte Claros, J. A. (2010). Uso de los potenciales relacionados a eventos cognitivos (PRES) en el diagnóstico de trastorno por déficit de la atención e hiperactividad (TDAH). *Ánfora*, 17(28), pp. 35-51.
- Narodowski, M. (1994). *Infancia y poder. La conformación de la pedagogía moderna*. Aique.
- Navarro, P. & Días, C. (1995). Análisis de contenido. En J. M. Delgado & J. Gutiérrez (Coords), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Editorial Síntesis.
- Newcorn, J. H., Halperin, J. M., Jensen, P., Abikoff, H. B., Arnold, E., Cantwell, D. P., Conners, C.K., Elliott, G.R., Epstein, J.N., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hinshaw, S.P., Hoza, B., Kraemer, H.C., Pelham, W.E., Severe, J.B., Swanson, J.M., Wells, K.C., Wigal, T. & Vitiello, B. (2001). Symptom profiles in children with ADHD: Effects of comorbidity and gender. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 137–146.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200102000-00008>
- Packer, M. J. (2019). Psicología cultural: introducción y visión general. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 37(3), 232-246. Doi:
<http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.7882>
- Parker, I. (Ed.) (2015). *Handbook of Critical Psychology*. Routledge
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Cermi.
- Phillips, C.B. (2006). Medicine goes to school: teachers as sickness brokers for ADHD. *PLOS Med.* 3 (4), 182. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030182>
- Pliszka, S. R. (1987). Tricyclic antidepressants in the treatment of children with attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 127–132. <https://doi.org/10.1097/00004583-198703000-00002>
- Ramos-Quiroga, J. A., Picado, M., Mallorquí-Bagué, N., Vilarroya, O., Palomar, G., Richarte, V., Vidal, R. y Casas, M. (2013). Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en el adulto: hallazgos de neuroimagen

- estructural y funcional. *Revista de neurología*, 56(1), 93-106.
<https://doi.org/10.33588/rn.56S01.2012659>
- Rattero, K. (2000). La observación como práctica evaluadora. Seguimiento de procesos, vigilancia de conductas y producción de subjetividad. *Ensayos y Experiencias*. Año 6, N°3, 61-73.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Kuhl, E. A. & Kupfer, D.J. (2009). The conceptual development of DSM-V. *American Journal of Psychiatry* 166 (6):645-50.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020279>
- Rist, R. (2001). Sobre la comprensión del proceso de escolarización: aportaciones de la teoría del etiquetado. En M. Fernández Enguita, *Sociología de la Educación*. Editorial Ariel.
- Rubia, K., Alegría, A. A., y Brinson, H. (2014). Anomalías cerebrales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: una revisión [XVI Curso Internacional de Actualización en Neuropediatría y Neuropsicología Infantil]. *Revista de Neurología*, 58 (Supl. 1), S3-S18.
- Rogoff, B. (1997) “Los tres planos de la actividad sociocultural: apropiación participativa, participación guiada y aprendizaje”, en: J. V. Wertsch, P. Del Río y A. Álvarez (Eds.): *La mente sociocultural. Aproximaciones teóricas y aplicadas* (pp. 111-129). Fundación Infancia y Aprendizaje.
- Rogoff, B., & Chavajay, P. (1995). What’s become of research on the cultural basis of cognitive development? *American Psychologist*, 50(10), 859-877.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.10.859>
- Rohde, L.A., Szobotc, C., Polanczyk, G., Schmitz, M., Martins, S., Tramontina, S. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse culture: do research and clinical findings support the notion of a cultural construct for the disorder? *Biological Psychiatry*, v.57, n.11, p.1436-41.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.01.042>
- Rose, N. (1996). Psychiatry as a political science: advanced liberalism and the administration of risk. *History of the human sciences*, 9(2), 1-23.
<https://doi.org/10.1177/095269519600900201>
- Rose, N. (2012). *Política de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. UNIPE: Editorial Universitaria.
- Rose, N. y Abi-Rached, J.M. (2013). *Neuro: the new brain sciences and the management of the mind*. Princeton University Press.

- Rosenhan, D. (1988) Acerca de estar sano en un medio enfermo. En P. Watzlawick (1988) *La realidad inventada*. Gedisa
- Rosenthal, R., y Jacobson, L. (1968). Pygmalion in the classroom. *The urban review*, 3(1), 16-20. <https://doi.org/10.1007/BF02322211>
- Rutter, M. (1989). Attention deficit disorder/hyperkinetic syndrome: Conceptual and research issues regarding diagnosis and classification. En T. Sagvolden y T. Archer (Eds.), *Attention deficit disorder: Clinical and basic research* (pp. 1–24). NJ: Erlbaum.
- Sautú, R. et al (1999). Problemas de conducta y dificultades de aprendizaje entre niños pobres de Buenos Aires. *Sociedad*, N° 14, pp. 79-101.
- Selvini Palazzoli, M. (2008, 1986). *El mago sin magia: cómo cambiar la situación paradójica del psicólogo en la escuela*. Paidós.
- Skliar, C. (2000). La invención y la exclusión de la alteridad *deficiente* a partir de los significados de la normalidad. *Propuesta Educativa*, Marzo-Abril, v.10, N°22, pp. 34-40.
- Smith, J. D. (2006). Speaking of Mild Mental Retardation: It's No Box of Chocolates, or Is It?. *Exceptionality*, 14(4), 191-204. DOI:10.1207/s15327035ex1404_2
- Sotelo, I. (2006). Del déficit al síntoma. En G. Stiglitz (Comp.), *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran: el mal real y la construcción social* (pp.139-143). Grama Ediciones.
- Soutullo Esperón, C. y Álvarez Gómez, M.J. (2014). Tratamiento farmacológico del TDAH basado en la evidencia. *Pediatría Integral*; XVIII (9): 634-642
- Stake, R. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Morata
- Stiglitz, G. (2006). La clase de los DDA o la rebelión de las singularidades. En G. Stiglitz (Comp.), *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran: el mal real y la construcción social* (pp.11-18). Grama Ediciones.
- Strauss, A. A., y Lehtinen, L. E. (1947). *Psychopathology and education of the brain-injured child*. Grune & Stratton.
- Spitzer, R. L., y Wakefield, J. C. (1999). DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: Does it help solve the false positives problem? *American Journal of Psychiatry* 156 (12):1856–64.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia.

- Swaab-Barneveld, H., DeSonneville, L., Cohen- Kettenis, P., Gielen, A., Buitelaar, J., y van Engeland, H. (2000). Visual sustained attention in a child psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 651– 659. <https://doi.org/10.1097/00004583-200005000-00020>
- Talak, A. y Forestieri, R. (2004). *Intervenciones psicológicas en el problema de la anormalidad infantil*. Ponencia presentada en VI Congreso Latinoamericano de Historia de las Ciencias y la Tecnología, Buenos Aires, Argentina.
- Tallis, J. (2006). La medicación desresponsabiliza. En G. Stiglitz (Comp.), *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran: el mal real y la construcción social* (pp.33-40). Grama Ediciones.
- Terigi, F. (2016). Sobre aprendizaje escolar y neurociencias. *Propuesta educativa*, (46), 50-64.
- Toscano, A. (2005). *Voces y discursos sobre la educabilidad de los niños en la construcción de los legajos escolares* (Tesis de Maestría). Universidad de San Andrés, Escuela de Educación, Buenos Aires.
- Ullmann, R. K., Sleator, E. K., & Sprague, R. (1984). A new rating scale for diagnosis and monitoring of ADD children. *Psychopharmacology Bulletin*, 20, 160–164.
- Untoiglich, G., Forer, G., & Paganini, A. (2012). Intervenciones psicoanalíticas en niños con dificultades atencionales e inquietud. En *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Valdez, D. (2001). El psicólogo educacional: estrategias de intervención en contextos escolares. N. Elichiry (Comp.) *¿Dónde y cómo se aprende? Temas de Psicología Educacional*, (pp. 163-179). Eudeba.
- Valdez, D. (2016). *Ayudas para aprender. Trastornos del desarrollo y prácticas inclusivas*. Paidós.
- Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.) (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.
- Vicario, M. H., y Santos, L. S. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica. *Pediatría Integral* 18 (9), 609-23.
- Vygotsky, L. S. (1998). *The collected works of L. S. Vygotsky* (M. J. Hall, Trans., Vol. 5, *Child Psychology*). Kluwer Academic/Plenum.

- Visser S.N., Zablotsky B., Zablotsky, B., Holbrook J.R., Danielson, M.L. & Bitsko, R.H. (2015). Diagnosis Experiences of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *National Health Statistics Reports No 81*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics
- Weisz, T. (2010). Para desnaturalizar el fracaso. En M. Castedo (2010). *Voces sobre la alfabetización inicial en América Latina, 1980 – 2010. Lectura y Vida V.31 (4)*, 35-68.
- Wechsler, D. (1991). *Test de inteligencia para preescolares (WPPSI): Manual*. Paidós.
- Whitaker, R., & Cosgrove, L. (2015). *Psychiatry under the influence: Institutional corruption, social injury, and prescriptions for reform* (1st ed.). Palgrave Macmillan.
- Wolraich, M.L, Hagan, J.F., Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., Evans, S.W., Flinn, S.K., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J.R., Lehmann, C.U., Lessin, H.R., Okechukwu, K., Pierce, K.L., Winner, J.D. & Zurhellen, W. (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics 144 (4)*: e20192528. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>
- World Health Organization (2001). Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes. Madrid, España: Editorial Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42399>
- World Health Organization (2021). CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión. Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud. <https://icd.who.int/es>
- Yin, R. K. (2014). *Case study research: design and methods* (Fifth edition). SAGE Publications
- Yuing Alfaro, T. (2013). De normas y palabras: para pensar la escuela en clave performativa. *Praxis & Saber*, 4(7), 103-118. <https://doi.org/10.19053/22160159.2051>
- Yuing Alfaro, T. (2014). Norma, normalidad y normalización: alcances, torsiones y tensiones a partir de Canguilhem y adheridas a Foucault. *Revista Paralaje N° 10/ Ensayo*. ISSN 0718-6770.

Zelmanovich, P. (2008). Variaciones escolares. De “no prestar atención” Al “síndrome de desatención” a las “atenciones pedagógicas”. *Interrogant*, 8, pp. 37-41.

Zumalabe-Makirriain, J.M. (2016). El estudio neurológico de la conciencia: Una valoración crítica. *Anales de Psicología*, 32, 266-278.

<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.184411>

Anexo 1. PPI 4º grado (Proyecto Pedagógico Individual) [Caso Carlos]

**INFORME SÍNTESIS DEL PROYECTO PEDAGÓGICO INDIVIDUAL
NIVEL PRIMARIO**

Instituto: [REDACTED]
 Nombre del alumno/a: [REDACTED]
 Curso: 4º [REDACTED]
 Fecha de Nacimiento: [REDACTED]
 Nombre del padre: [REDACTED]
 Nombre de la madre: [REDACTED]
 Escuela Anterior: [REDACTED] (nivel inicial)
 Ciclo lectivo: 2015

1. Breve fundamentación de la escuela sobre la necesidad de un PPI para este alumno/a y diagnóstico externo si lo hubiere:

[REDACTED] ingresa al Colegio [REDACTED] en primer grado. Durante ese año, se realiza un trabajo personalizado de acompañamiento -gracias a la presencia de dos docentes dentro del curso- para que pueda comenzar el proceso de alfabetización. Si bien se observaron avances positivos, se evidenció la necesidad de seguir afianzando algunos contenidos de primer grado que aún no estaban consolidados. La familia comienza tratamiento psicopedagógico y psicológico. Este año diagnostican a [REDACTED] con Síndrome de Déficit Atencional y comienzan a suministrarle medicación.

En segundo grado se opta – en coordinación con el equipo de profesionales que acompañaba a [REDACTED] - por adaptar las actividades que se le presentaban, lo que consistió en reducir el nivel de copiado y también armar ejercicios de acuerdo a sus posibilidades (tanto en forma como en contenidos). Contar con una docente auxiliar, fue de gran ayuda para tutorear el proceso de [REDACTED] y estimularlo ya que era notable la diferencia de lo que podía realizar solo a lo que podría realizar acompañado por un docente.

En tercer grado la dificultad de acompañamiento se dificulta ya que la escuela no cuenta con docente auxiliar para ese grado. En los momentos de trabajo individual se hace muy difícil la resolución autónoma de actividades ya que se registra poca iniciativa para copiar o para realizar las propuestas aúlicas. Por otro lado, también nos vimos en la necesidad de adaptar los contenidos según las posibilidades actuales y reales de [REDACTED]. En cuanto a las calificaciones que figuran en el boletín, optamos que reflejen el proceso de aprendizaje personal de [REDACTED] y no los contenidos que serán evaluados para el resto del tercer grado.

Visto y considerando que [REDACTED] a pesar de todas las dificultades presentadas, logra avanzar en su proceso de aprendizaje acompañado por un docente que andamia y guía; y que el 4to grado implica una complejización de contenidos, la incorporación de las materias de ciencias, la ampliación de la producción escrita; acordamos con la psicopedagoga de [REDACTED] en que la estrategia adecuada es incorporar el trabajo de una docente integradora para el ciclo lectivo 2015 en función de guiar el proceso de aprendizaje y brindar un acompañamiento individualizado dentro del aula.

PPI 4º grado página 1/2 [Caso Carlos]¹⁴

¹⁴ Los borradores se deben a ocultar los nombres propios de la escuela y/o los participantes para conservar su confidencialidad.

2. Síntesis de la trayectoria escolar:

<u>AÑO</u>	<u>CURSO</u>	<u>ESCUELA</u>	<u>DISPOSICIÓN</u>
2014	3°		
2013	2°		
2012	1°		

3. Servicios de apoyo a la actividad escolar y tratamientos terapéuticos externos:

*- Servicio de apoyo a la actividad escolar: **Maestra integradora externa** (Servicio de integración escolar:)

*- Tratamientos terapéuticos externos: **Tratamiento neurológico.**
Tratamiento psicopedagógico.

4. Teniendo en cuenta la planificación anual del curso, qué tipo de adaptaciones curriculares se realizarán con este alumno/a en el presente año escolar. Para el nivel primario precisar grado y área:

DE CONTENIDOS	Prácticas del Lenguaje – Matemática – Ciencias Sociales – Ciencias Naturales – Inglés.
METODOLÓGICAS	Prácticas del Lenguaje – Matemática – Ciencias Sociales – Ciencias Naturales – Inglés.
OTRAS	

5. Notificación del equipo escolar (directivo, maestra del curso, maestra integradora interna y/o externa) y de los padres

¹⁵ Ídem nota anterior.

Anexo 2. PPI 7º grado (Proyecto Pedagógico Individual) [Caso Carlos]

Síntesis de Proyecto Pedagógico Individual Nivel Primario.
Resolución N°311/CFE/16

Instituto:

Nombre del alumno:

Fecha de Nacimiento:

Nombre del padre:

Nombre de la madre:

Grado que cursa: 7º

División:

Ciclo lectivo: 2018

1- Diagnóstico de discapacidad: Trastorno por déficit de atención (según psicodiagnóstico)

2- Nivel actual de desempeño: Posibilidades:

- Su capacidad atencional es selectiva; pudiendo concentrarse en aquellas tareas que representan aspectos significativos, en las que prioriza la información en relación a sus objetivos e intereses.
- Logra seguir las consignas impartidas, requiriendo (en ocasiones) la supervisión y estímulo para terminarlas y/o continuarlas.
- Su atención es sostenida cuando se apoya en estímulos visuales.
- Se muestra interesado en su proceso de aprendizaje. Para poder organizarse, pregunta acerca de las actividades y deberes para las próximas clases.
- En general, su letra es legible aunque requiere ajustes en el dominio del trazo.
- En sus producciones, utiliza conectores.
- Cuenta con mayores recursos a nivel narrativo y de expresión oral (en relación a los años anteriores).
- Gusta de contar historias y muestra creatividad al momento de crearlas.
- Comprende las ideas del texto, si previamente fueron decodificadas para generar paulatinamente una comprensión global del texto.
- Conoce el valor posicional de los números, identifica, escalas ascendentes y descendentes.
- Se interesa por temas de repercusión a nivel social; los cuales gusta compartir.
- Realiza aportes en clase de manera oportuna y cada día se le ve más seguro al momento de formularlas.
- En general, manifiesta menos dependencia (en comparación a los años anteriores); y por ende, mayor autonomía en su proceso de aprendizaje.
- A nivel social, no presenta dificultades para vincularse ni con sus compañeros y docentes.

Dificultades:

- Cuando la actividad pierde interés para él o se siente sometido a situaciones estresantes, se “ausenta” de la propuesta, dibujando rasgando papel o “destruyendo” biromes, gomas de borrar, etc.
- En referencia al lenguaje escrito, sus mayores dificultades radican en faltas de ortografía, omisión e inversión de letras en algunos casos e irregularidad en el tamaño de la letra, ocasionando desigualdad en sus trazos iniciales y finales, además de desnivel en la línea de escritura.
- Requiere mayor riqueza en su vocabulario, a fin de lograr una mayor calidad en sus producciones escritas.
- Su lectura es pausada y su ritmo irregular.
- Presenta dificultades para dividir por dos cifras o más.
- Presenta dificultades a la hora de resolver problemas matemáticos que requieren un grado mayor de abstracción y organización. Requiere mediación para comprender la lógica y operatoria de dichos problemas.
- En ocasiones, escribe en espejo el número 6 y el 5.
- Es necesario fortalecer sus hábitos de estudio.

3- Objetivos anuales por área:

*(Por cada **área** y que sea necesaria su adaptación, deberá consignarse)*

· Objetivos

· Estrategias de Enseñanza

· Estrategias de Evaluación

4- Servicios requeridos como apoyo a la actividad escolar:

Profesionales externos:

Maestro/ Profesor de apoyo a la integración:

5- Maestro de apoyo a la integración interno de la escuela:

Nombre y apellido y Titulación.

Docentes del curso:

Firma y Aclaración

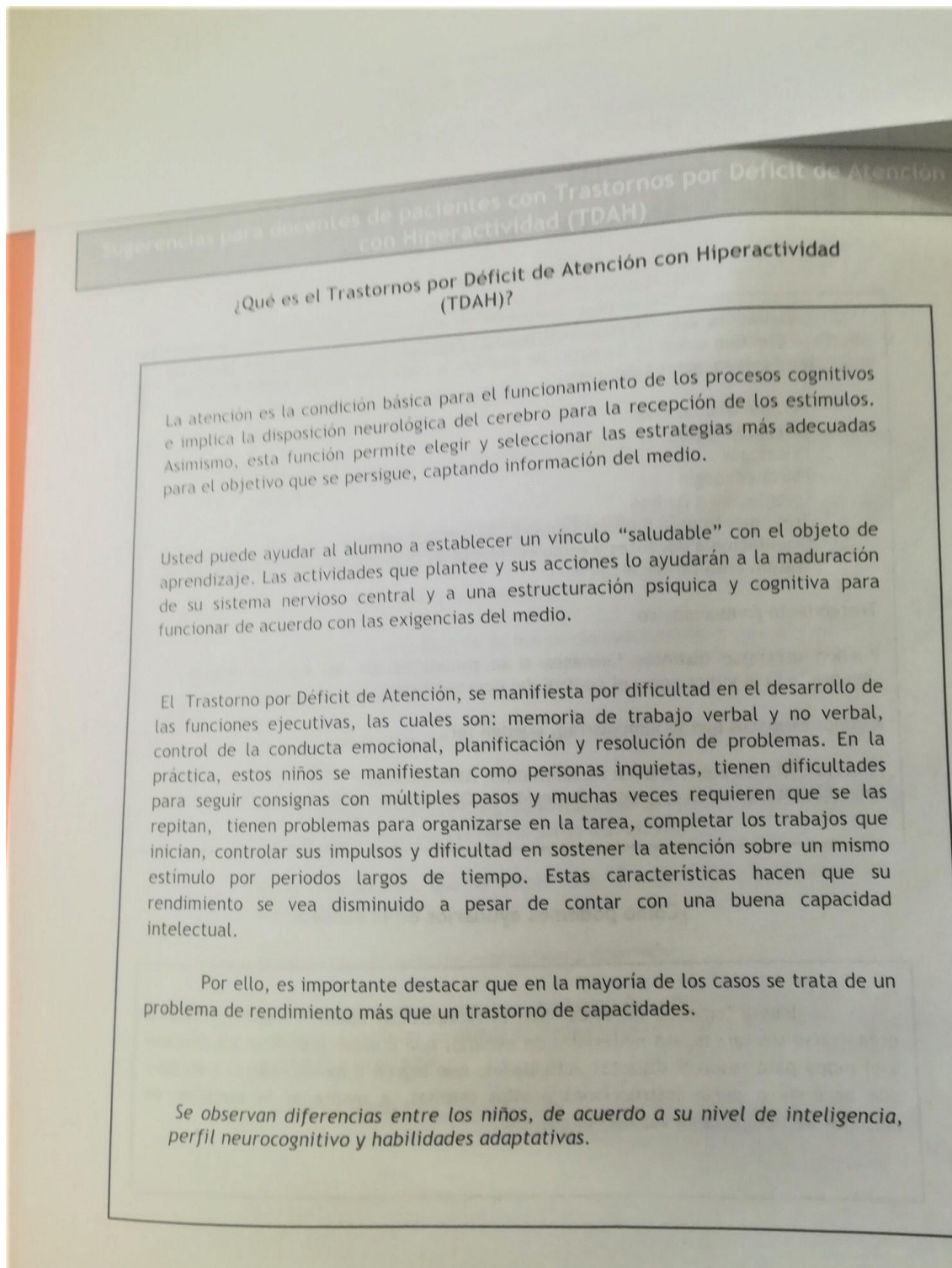
Equipo directivo:

Firma y Aclaración:

Notificación de los padres:

Firma y Aclaración:

Anexo 3. Folleto entregado a los padres por el neurólogo [Caso Pedro] titulado “Sugerencias para docentes de pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)”



Sugerencias para docentes de pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (página 1/3)

¿Cuál es la causa del TDA/H?

Actualmente, está aceptada la existencia de un origen neurobiológico en el TDAH. Alteraciones neuroanatómicas y/o funcionales generan alto impacto en procesos vinculados a las funciones ejecutivas, regulación del comportamiento y la atención; todo lo cual repercute en el aprendizaje y la conducta.

¿Cómo se trata el TDAH?

El tratamiento del TDAH es multimodal. Esto quiere decir que para hacer un abordaje efectivo deberán hacerse, de acuerdo a cada niño y cada etapa evolutiva, múltiples intervenciones tales como:

- Terapia Ocupacional
- Fonoaudiología
- Psicología
- Psicopedagogía
- Orientación a padres
- Tratamiento para mejorar la conducta y el aprendizaje
- Orientación a docentes y establecimiento de programas educativos apropiados
- Tratamiento farmacológico

Tratamiento farmacológico

Pueden utilizarse distintos fármacos si la sintomatología del niño la requiere y siempre bajo la indicación y el control del neuropediatra.

Algunos fármacos que se administran, pueden ser:

Para dificultades atencionales: Metilfenidato, Atomoxetina.
Para dificultades en la conducta: Risperidona, Olanzapina, Acido Valproico

¿Cómo podemos ayudarlos en la escuela?

Se deberá fomentar en estos niños estrategias que apunten a que aprendan a organizarse sus tareas, sus materiales de estudio, que puedan planificar sus tiempos y el modo para resolver distintas actividades, que logren a monitorear su trabajo y que aprenda a darse instrucciones a ellos mismos, a mantener la atención en periodos de tiempo cada vez más largos, etc.

Sugerencias para docentes de pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (página 2/3)

sugerencias pedagógicas

A los fines de poder ayudarlos a mejorar su rendimiento en el ámbito áulico sería de gran utilidad si se pudiera contemplar las siguientes sugerencias:

- Si se lo observa distraído atraer su atención en forma sutil evitando la exposición frente a sus compañeros.
- Incluir el nombre del niño en ejemplos puede ayudarlo a redireccionar su atención. Ej: "Juan fue al quisco..."
- Procurar dar consignas claras y cortas; que no incluyan varios pasos a la vez.
- Dividirle las tareas extensas y enumerarle los pasos a seguir para su realización.
- Acostumbrarlo a que revise sus trabajos y exámenes para corregir los errores antes de entregarlos.
- Establecer rutinas, horarios. Ayudarlo a planificar el tiempo, usando calendarios, agendas.
- Repetirle la consigna las veces que sean necesarias comprobando que haya comprendido lo que tiene que hacer.
- Enseñarle a utilizar notas recordatorias.
- Utilización de fotocopias a fin de que pueda concentrarse en la realización de las tareas y no en su copiado ya que a causa de su distracción suelen demorar más tiempo que otros niños.
- Que ocasionalmente se lo evalúe no solo en forma escrita sino también oralmente.
- Utilizar en las evaluaciones una menor cantidad de ejercicios o que se le permita emplear más tiempo para la resolución de los mismos.
- En las evaluaciones que se valore más la adquisición del objetivo que la metodología utilizada.
- Evitar en las evaluaciones las preguntas a desarrollar.
- Reforzar positivamente aquellas conductas deseadas, más que castigar las no deseadas. Establecer contratos de comportamiento positivo incluyendo conductas que estén a su alcance.
- Valorar sus logros.

Sugerencias para docentes de pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (página 3/3)