

VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2016.

Malestar y medicalización en las infancias: análisis crítico las “pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos a partir de problemáticas del ámbito escolar”.

Ferreyra, Julián Agustín.

Cita:

Ferreyra, Julián Agustín (2016). *Malestar y medicalización en las infancias: análisis crítico las “pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos a partir de problemáticas del ámbito escolar”*. *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires*.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-044/403>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eATH/kGd>

MALESTAR Y MEDICALIZACIÓN EN LAS INFANCIAS: ANÁLISIS CRÍTICO LAS “PAUTAS PARA EVITAR EL USO INAPROPIADO DE DIAGNÓSTICOS, MEDICAMENTOS U OTROS TRATAMIENTOS A PARTIR DE PROBLEMÁTICAS DEL ÁMBITO ESCOLAR”

Ferreyra, Julián Agustín

Facultad de Psicología - Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es reflexionar acerca del malestar y la escucha en relación a nin@s y adolescentes en las intervenciones clínicas y educativas. Para ello, se apelará al análisis documental crítico de las “Pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos a partir de problemáticas del ámbito escolar” (CoNISMA, 2014). El análisis del mencionado documento oficial resulta pertinente en tanto recupera y propugna un cruce interesante entre lo normativo y la perspectiva clínico/pedagógico. En los últimos años, hemos asistido a una serie de políticas públicas que concretaron logros y avances en la restitución del lazo social, la justicia social y el resguardo de las infancias. Políticas de Estado respetuosas de los derechos, puestas a la emergencia de la subjetividad, apostando a trabajar el conflicto desde una perspectiva de cuidados. Resultará entonces no sólo de interés sino necesario intentar una articulación entre una perspectiva clínica y los aportes de dichos marcos normativos y acciones públicas. Se espera aportar elementos de juicio para intervenciones clínicas y educativas que incluyan un tratamiento y escucha posibles en torno al malestar en las infancias, introduciendo al enfoque de derechos como organizador de dichas prácticas.

Palabras clave

Infancias, Medicalización, Políticas públicas, Salud mental

ABSTRACT

PRACTICALS OF MEDICALIZATION: CRITICAL ANALYSIS THE “GUIDELINES TO PREVENT THE MISUSE OF DIAGNOSTICS, TREATMENT DRUGS OR OTHER PROBLEMS FROM THE SCHOOLS”

The aim of this study is to consider the malaise and listening in relation to children and adolescents in clinical and educational interventions. To do this, he will appeal to the critical documentary analysis of the “Guidelines to avoid improper use of diagnoses, medications or other treatments from the school environment issues” (CoNISMa, 2014). The analysis of the aforementioned official document is relevant as it recovers and calls an interesting intersection between the normative and the clinical / educational perspective. In recent years, we have witnessed a series of public policies in which materialized achievements and progress in the restoration of social bond, social justice and the childhoods’ rights. These, public policies respectful of rights that put to the emergence of subjectivity, attempting opting to work the conflict from a perspective of care. then It will be not only interesting but necessary to attempt a joint between a clinical perspective and contributions of these regulatory

frameworks and public actions. It is expected to provide evidence for clinical and educational interventions including treatment and possible listens about the malaise in childhoods, introducing the human rights approach as an organizer of such practices.

Key words

Mental-health, Childhood, Medicalization, Public policies

INTRODUCCIÓN

La infancia no es cualquier tiempo. Asistimos de manera epocal a que las conocidas edades, tiempos vitales o etapas de la experiencia subjetiva se van tornando más prolongadas; la vejez dura más y empieza más tarde, se está en una posición “productiva” mucho más tiempo...pero por el contrario, la infancia ha quedado relegada a durar cada vez menos, lo que es igual a decir que l@s niñ@s pueden gozar cada vez menos de su infancia. Esto, al tiempo que l@s jóvenes son injuriados al decir que “ni trabajan ni estudian”, prejuzgando rotundamente una realidad que ninguna estadística seria y compleja resiste.¹

Desde diversas posiciones del campo educativo y “psi” se presenta el siguiente interrogante: ¿las presentaciones disruptivas, conflictivas y hasta violentas en las infancias, tienen el estatuto de ser nuevos “síntomas”, nuevas presentaciones? Sosteniendo esta pregunta como mero disparador, ya que excedería a este espacio una respuesta exhaustiva al respecto, advertiremos la posibilidad de que la misma tenga como efecto la quietud, la impotencia o, incluso, cierto rechazo de lo inherente a l@s niñ@s: lo infantil. En todo caso, pensamos que lo novedoso, diverso o inesperado puede estar allí para propiciarnos la posibilidad de una reflexión e, incluso, una *deconstrucción* (Derrida, 2009) de nuestras prácticas y saberes. ¿Se trata entonces de nuevos síntomas, nuevas presentaciones, o más bien estamos ante la emergencia de nuevas formas de rechazo a lo infantil, a lo ruidoso, inquieto o diverso?

En los últimos años, hemos asistido a una serie de políticas públicas que concretaron logros y avances en la restitución del lazo social, la justicia social y el resguardo de las infancias; lineamientos perdidas o sepultados por la crudeza del Mercado o las diversas formas de la represión institucional.ⁱⁱ Políticas de Estado respetuosas de los derechos, puestas a la emergencia de la subjetividad, apostando a trabajar el conflicto desde una perspectiva de cuidados. Resultará entonces no sólo de interés sino necesario intentar una articulación entre una perspectiva clínica y los aportes de dichos marcos normativos y acciones públicas.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Se efectúa un análisis cualitativo a través del análisis crítico documental, tanto del documento de “Pautas...” como de normativas vigentes en la materia. En los estudios cualitativos cabe plantear un uso mínimo de documentos de todo tipo (Valles, 1992), a los fines de conformar elementos de juicio pertinentes para reflexiones teórico-epistemológicas o sobre las prácticas cotidianas. Así, partiendo de dicho análisis se expondrá una discusión que recoge posicionamientos teóricos como también aportes de la propia práctica clínica en sentido ampliado.

DESARROLLO

Fundamentos normativos pasados y recientes sobre las infancias y los derechos

Es posible pensar que la sanción de La Convención de los derechos de niñas, niños y adolescentes en 1989 constituyó un hito histórico que instituye una concepción de infancia y niñez particulares, instaurándose la premisa acerca de que un niño es un sujeto a quien la escucha debe serle habilitadaⁱⁱⁱ. Dicho de otro modo, desde el punto de vista jurídico la palabra infantil comienza a tener otro estatuto. Así, la palabra -y su atribución de verdad- ya no será potestad solamente del mundo adulto. Desde este marco normativo, referenciado a nivel nacional a través de la Ley N° 26.061 (Boletín Oficial, 2005) como supuesto general se nombra a l@s niñ@s no ya como objetos de cuidado o tutela sino más bien como sujetos de derecho, portando así derechos de corte *liberacionistas o activos* además de los ya consabidos *protecciónistas o pasivos* (Rosemberg y Sussel, 2010). Así, y junto a institutos como el de la autonomía progresiva, la cuestión sobre cómo escuchar a un niño comienza su recorrido, primeramente desde un plano formal o jurídico.

En consonancia con el marco normativo postulado, se apelará mediante notas al documento “Pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos a partir de problemáticas del ámbito escolar” (CoNISMA, 2014), por recuperar éste un cruce interesante entre lo normativo y la perspectiva clínico/pedagógico.^{iv} Dicho documento está estructurado en 2 apartados -“Uso inapropiado de diagnósticos” y “Medicación y tratamientos”-, con pautas breves que remiten a distintas normativas vigentes. En este sentido, más que constituirse en una suerte de compendio de recomendaciones o recetas desde una instancia estatal hacia el campo de prácticas, dispositivos e instituciones en educación y salud/salud mental, hace las veces de recordatorio de lo establecido por las mencionadas normativas y tratados internacionales en la materia.

Una dificultad estructural para escuchar

La pregunta sobre cómo escuchar a un niño no se plantea en la búsqueda de un saber-hacer, una técnica o como determinados pasos a seguir que pudiesen ser estandarizados. Problematicar sobre la escucha -a cualquier sujeto pero sobre todo a un niño- siempre abre a la dificultad de encontrarnos con el malentendido: estructura discursiva que, dicho en pocas palabras, muestra que lo que se dice y se oye difiere o confunde lo que se *quiso decir*; o lo que es lo mismo, las palabras y sus efectos no son transparentes a la escucha. En los niños, ese malentendido se ubica principalmente en su relación diversa con el lenguaje, con los códigos y modos de habitar la palabra. Los niños hablan otra lengua, la infantil, conteniendo un lugar y una función del saber diversa a la del mundo y lenguaje adultos. Esto puede ubicarse cuando escuchamos que hoy en día los niños *saben todo, saben más que los adultos* -por ejemplo en

relación a la tecnología, el manejo de información virtual-; pues bien, si esto es así, será necesario no sólo escuchar sino actuar e intervenir asumiendo y dando lugar a este saber que, quizás, ya no sea solamente un *saber-jugar*.

Cotidianamente observamos cómo el lugar tradicional del adulto en tanto subrogado o portador de la autoridad tiende a fallar, *hace agua*. Resulta pertinente pensar que quizás, para ser adulto y, en consecuencia, imprimir algo del orden de la legalidad y la invocación al orden, a los límites, será también necesario incluir el desafío de reconocer ese saber diverso que porta el niño. Un saber que además de interrogarnos a los adultos también interroga y confunde de al niño. En este sentido, tampoco sería conveniente devenir en posiciones que atribuyan una [mala] intencionalidad -al estilo de *me lo hace a propósito, me provoca- a est@s niñ@s de los cuales no sabemos qué les pasa, qué sienten / no sabemos qué hacer*. Claro está, ese saber que se resiste al acceso adulto, a sus normas y límites, a sus directivas, consignas o dispositivos, no contempla para el niño transparencia alguna, no dispone de él *a piacere*: en su carácter ruidoso, disruptivo, enigmático y hasta a veces agresivo, se presenta una huella hacia su posible interpretación, alojamiento y escucha.^v Volveremos sobre este punto.

Modos de abordar el saber infantil

Para encarnar la autoridad y hacerla efectiva, las más de las veces no alcanzará con el criterio externo y arbitrario del *porque sí*. Pensemos en las frecuentes preocupaciones en relación al territorio escolar, en las cuales son los docentes y educadores quienes aluden a situaciones en las cuales su palabra como adulto, docente y/o autoridad no tiene lugar; esto es, sus indicaciones, “amenazas” o mera presencia en tanto adulto no encontraría efecto alguno, provocando esto malestar cuando no posiciones del orden de la impotencia. Nuestras preguntas, indicaciones, consignas o intentos para generar la escucha a veces no funcionan. Incluso, existen situaciones en las cuales nuestras palabras parecieran *pasarles por el costado* a l@s niñ@s. Desde nuestra práctica clínica, habitualmente recibimos de los intercambios con los docentes, de otros colegas o padres relatos de situaciones similares. Por mencionar un ejemplo:

un niño que al estar siendo interpelado por nada más y nada menos que ¡la directora de la escuela!, mientras ella le hablaba e instaba a la reflexión acerca de un conflicto que había involucrado violencia física, el niño sin mediar palabra salió corriendo indiferente de la Dirección, dejando a la directora hablando sola y por supuesto muy desconcertada.

Solíamos estar acostumbrados a que el mero hablar, ese típico grito sin palabras, era de por sí efectivo y tenía como consecuencia el reconocimiento inmediato de la autoridad: *aquí estoy yo, tu padre, tu docente*, etc. Plantear que la escucha a un niño hoy en día reviste mayores dificultades que antaño es, justamente, un reconocimiento de las propias limitaciones; y ubicar una dificultad, más que impotenciar o resignarnos contempla la posibilidad de actuar e intervenir de otro modo. En este sentido, reproducir y repetir hasta el cansancio la idea de que vivimos un momento histórico y social en donde los ideales, los grandes ordenadores sociales o los lugares ligados a la autoridad o al Padre -en clave psicoanalítica- han declinado cuando no desaparecido, no aporta más que argumentos hacia enfoques puestos a la desafectación, al no-compromiso o a la mera indiferencia.

Ahora bien, resulta cada vez más frecuente un modo particular de abordar estas situaciones, el cual se evita la impotencia resignando la complejidad. Modalidad o conjunto de modalidades de interven-

ción, técnicas y terapéuticas que, o bien resignan o bien rechazan la posibilidad y el desafío de la escucha y su consecuente alojamiento de lo diverso y disruptivo. Nos referimos a enfoques que, sostenidos en el ideal que alude a la posibilidad de comprender de manera completa y exhaustiva a un sujeto, sentencian de antemano a las particularidades del lenguaje infantil como deficitario, impropio, incompleto y obligado a ser *adulterizado*. Si todo es posible de comprender, si una persona puede ser toda-accesible y transparente, en tanto el saber está de nuestro lao como *expertos*, lo que no cierra y no se comprende ¡y encima causa molestias! debe ser condenado: ni siquiera al olvido, sino a su total omisión-renegación. Así, y con un sustento epistemológico reduccionista, basado en unidades de análisis discretas -el problema siempre *está* en el niño-, objetivante y de corte biológico-neurobiológico, el tratamiento de lo que se resiste a la palabra y a las normas adultas/profesionales debe ser su re-educación y modificación conductual...a como de lugar.

^{vi} Si es posible, se intenta extraerlo -las derivaciones compulsivas a excluir a l@s niñ@s del espacio escolar son un ejemplo-^{vii}; sino, silenciarlo mediante distintas técnicas, entre ellas la medicación con la precondición del *etiquetamiento*^{viii} o sentencia del diagnóstico^{ix}. Y para no entrar en equívocos o lugares ambiguos, se hace una referencia crítica a esa forma de medicación que prescinde de la práctica clínica: esto es, prescripción de fármacos para aquietar la conducta o los estímulos, indicados incluso por profesionales habilitados, sin el necesario tiempo de comprender de la clínica. Una medicación que, como promesa mágica de curación, reemplaza al acto clínico y su apertura al conflicto, a lo múltiple que nos acerque a ubicar alguna porción de verdad presente en el asunto: hablamos de la medicación como mojón de estrategias *medicalizantes* (Foucault, 1996) ^x

Alertados de otro posible equívoco o interpretación errónea, se apela críticamente a los enfoques de corte biológico -tales como las neurociencias o ciertas posiciones de la psicología cognitivo-conductual- cuando estos afirman su saber como completo y, en consecuencia, claudican la apelación a otros saberes, tanto disciplinares como de las personas en cuestión -niñ@s, adolescentes, adultos, docentes-. Avances científicos en este campo, que por el contrario incluyen posicionamientos críticos a la cerrazón corporativa-mercantil o unidimensional, constituyen un aporte valioso para comprender situaciones complejas. Del mismo modo que entendemos necesario estar alertados de posicionamientos que, en el intento de un purismo de lo supuestamente "intra psíquico" se redoblan sobre sí mismos rechazando otros saberes, escenas o situaciones que se suceden por fuera de sus dispositivos. En tanto todo dispositivo es una operatoria entre el saber y el poder (Foucault, 1984), resulta necesario tener presente desde el inicio su carácter artificial, discreto y su finalidad ulterior: ser desarmado. Esta indicación, lejos de apuntar a una declamación de principios, constituye un señalamiento tanto clínico como ético al momento de pensar intervenciones complejas con niñ@s ligadas a la salud mental en pos de no redundar en reduccionismos biológicos, psicológicos, sociales, didácticos o de cualquier orden.

La autoridad, el malestar y la pasividad medicalizante

Si la autoridad como gran condensadora y guía de las relaciones sociales ha mermado o ha cesado en sus efectos, debemos preguntarnos cómo establecer una nueva institucionalidad desde el mundo adulto que esté centrada en la premisa irrenunciable del cuidado y el miramiento por los derechos de los sujetos allí implicados. Del mismo modo, bien podemos preguntarnos qué movimientos (singulares y colectivos) será necesario efectuar a nivel

institucional, clínico y político para erigir nuevos modos de habitar y operacionalizar la autoridad, que incluyan a la diversidad, a lo que no cierra, a lo ruidoso y, sobre todo, a la dificultad que el malestar implica.

Justamente fue Freud (1930) quien, introduciendo a la escucha como posición ética y técnica para emprender una cura, no dejó de señalar lo inherente al hecho cultural: el malestar. En este sentido, no es el malestar un elemento que imposibilite la escucha; más bien, podríamos aplicar la siguiente fórmula: cuando adviene el malestar, cuando se presentifica desligado o abrupto, no será la escucha una mera postura o preferencia teórica, sino más bien un acto ético y sobre todo una posición necesaria. Escuchar, antes que nada, es la instauración de un tiempo de demora, *tiempo de comprender*, que tiende en última instancia a que aquel que es distinto, que habla distinto y se expresa distinto -es decir, un niño- comience a subjetivar sus malestares, a jugar a sus pesares, a hablar y decir lo que tiende a descargarse corporal o afectivamente.

Si existen, como algunos autores plantean, los llamados *niños amos*^{xii} (Frydman, 2013), los cuales ponen en jaque a la llamada autoridad a través de su rechazo o renegación total, debemos preguntarnos qué verdad dichos amos están encubriendo, qué verdad nos interpela y, sobre todo, qué sucedió previamente para que el casillero de la Ley, que es por definición arbitrario, no tuviera lugar. En este sentido, debemos intentar e *inventar* modos de escucha subjetivantes que subvientan dicha posición, la cual esconde y recubre al malestar. Sobre todo, es menester trabajar la siguiente pregunta: ¿qué modalidad de encarnar y habitar la autoridad podrá ser posible para acotar ese lugar de amo que, por definición, es contrario al mundo infantil?

La escucha, definida como un modo de hacer ejercicio de la clínica desde una ética y una política, no puede pensarse como una posición pasiva. La escucha es neutral, en todo caso, ya que obliga al adulto, profesional interviniente de la salud mental o educación, al despojo de sus prejuicios, ideales o a la suposición general de conocer cuál es el "bien" para un sujeto, de pensar que se puede conocer la verdad del otro. Pero no es neutral, claro está, desde el plano del sostenimiento de una ética que advierta la posibilidad siempre presente de degradación de la escucha a una forma más de las prácticas medicalizantes. Así, no es condición necesaria ni suficiente la puesta en funcionamiento de los dispositivos de escucha tradicionalmente habitados y empleados; en el mismo sentido, tampoco será posible escuchar sin contar con tiempos -institucionales y subjetivos- destinados a dicho fin.

En esta línea, la posición de la escucha indica en muchos casos la necesidad de movilizar(nos) para que la misma aparezca; la pasividad, tentación siempre presente de quien escucha, se exemplifica en situaciones en las cuales se rehuye a la búsqueda del otro -del colega, del otro campo disciplinar, de la institución escolar, de la familia esquiva al dispositivo, y hasta del mismo niño-. Quedarnos quietos, a la espera de una demanda mágica, casi espontánea y desconociendo la complejidad, determinaciones y demás mociones que se juegan al interior de una situación compleja que atraviesa un niño, podría devenir en una forma medicalizante bajo el ropaje, semblante o apariencia de una sacralizada escucha profesional^{xiii}. Del mismo modo, cuando se trata de un niño con dificultades, muchas veces se concibe a todas las actividades o entretenimientos que este realiza -un deporte o disciplina cualquiera- como "terapéutica". A modo de ejemplo:

¿por qué cuando un niño común va a montar a caballo eso se nombra como "equitación", mientras que cuando otro niño, pero con dificultades, hace la misma actividad esto se concibe como "equinoterapia"?

El recubrimiento terapéutico tradicional, al presentarse aislado y como única solución, como el caballo con anteojeras camina solo, sin mirar para atrás ni a los costados, marcando un “adelante” artificial y arbitrario.

Los límites de la escucha: la posibilidad de estallarlos

La intervención clínica de quien pretenda escuchar no ya a un niño sino también situaciones complejas demandará la apelación a los otros, sujetos e instituciones. Para construir un dispositivo, cuando la escucha y la palabra no son posibles, se deberá emprender un camino que primeramente incluirá y abordará las externalidades al propio dispositivo: se compartirán impresiones con los docentes, con la institución escolar, con otros profesionales intervenientes y con actores significativos. Se intentará acceder a ese saber esquivo del niño que mencionábamos líneas arriba de manera estratégica; se lo rodeará, se conversará de otras cosas, se preguntará no solamente por eso “patógeno” o conductualmente incorrecto. Se intentará producir un espacio subjetivo que nombre y busque al niño no por su supuesta deficiencia sino por sus muchas otras cualidades, actos creativos, cuestiones originales y propias. Cabría el siguiente aforismo: “para abordar un saber esquivo, reacio a nuestras preguntas e intervenciones, nada mejor que otro saber diverso y ameno que, en su emergencia resignifique eso a priori enigmático”. No casualmente los psicoanalistas proponemos a las personas la posibilidad de empezar a hablar...de cualquier cosa. Menudo error cometíramos si le preguntaríamos directa y sobre todo únicamente a alguien sobre eso que hace y que causa problemas y lo identifica. Ese hablar de cualquier cosa, acto asociativo que regla nuestro oficio, no tiende a esquivar “el problema” sino más bien a recuperarlo, a tornarlo accesible a la palabra y la escucha, a hacerlo más tolerable y, en última instancia, a intentar su *reelaboración* (Freud, 1914). Cuando emerge la palabra esquiva o la ausencia de palabras en I@s niñ@s, resultará necesario ampliar nuestras *unidades de análisis* (Baquero y Terigi, 1996) en pos de construir un problema más complejo que nos permita incluir todos los aspectos en juego, evitando la omisión de actores, escenas o sucesos que van más allá del niño en sí mismo pero que lo atraviesan.

Todo esto, a su vez, requiere de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales para la producción y circulación de *intersaberes* (Stolkiner, 1999) que, lejos de engrosar nuestro saber y pretenderlo total o infalible, abrirán a la posibilidad de un *no-saber* de quien intervenga y de quien sufre que será necesario para ponerse a hablar y a escuchar.

REFLEXIONES FINALES

Hacer de lo imposible alguna posibilidad

Podemos concluir añadiendo que, justamente, cuando la escucha o la palabra se presentan como improbables, situar al malestar, incluirlo como posible, puede movilizar que lo que se escuche allí sea la necesidad de trabajar e intervenir de otro modo. Esto es, la propuesta de posicionarnos frente al malestar y ante sus supuestas soluciones mágicas de época, el modo medicalizante, subvirtiendo su carácter sin-exterioridad justamente a través de abordajes intersectoriales, interdisciplinarios y con unidades de análisis de mayor complejidad.

El contexto político actual y las prácticas sociales que éste propone cercenan y rechazan tajantemente la conflictividad social. En un renacimiento del ideal mecánico, el neoliberalismo actual prescribe lo siguiente: si algo no anda debe a toda costa funcionar y rendir. Cuando el conflicto, señalamiento freudiano que marca una ética en torno

a cómo intervenir sobre el malestar, es silenciado o sepultado abruptamente, la consecuencia subjetiva es el achatamiento, la apatía y las formas de exclusión -patologización mediante-, y la agresividad.

Cuando la escucha, la intervención o la posibilidad de una cura resultan improbables, será necesario efectuar una operación de deslizamiento: de lo improbable, y sus impotencias, el lugar de *lo imposible* sanciona un más allá de la soledad, del intervenir solos, aislados y con certezas disciplinares siempre escasas. Efecto interesante, en tanto lo imposible de escuchar ya no será un peso sobrellevado desde la impotencia, ya no será necesaria la culpabilización -de los padres, de la escuela, del profesional o del propio niño-, ni tampoco será una tarea de uno solo. De lo imposible puede aparecer, justa y paradójicamente, una posibilidad con pleno derecho y, en consecuencia, la escucha se relanza en su dimensión de acto (Lacan, 1984) para abordar el malestar: acto que, por definición, siempre se realiza en soledad, pero en una *soledad común* (Alemán, 2012) que aloja a quienes causan el deseo de nuestras intervenciones clínicas y educativas: I@s niñ@s.

NOTAS

ⁱ“...los NNyA son, en esta época, los sujetos sociales que más están poniendo en juicio y en crisis las estructuras generadas para socializarlos y criarlos...” (CoNISMA, 2014).

ⁱⁱ“...el Mercado asume en estos momentos diversos matices, entre ellos la proliferación de modos de intervención sobre la infancia y la adolescencia que suponen modos privados y singulares de resolver la dificultad...” (Ibídem).

ⁱⁱⁱPauta n.º 6: “...es prioritario generar espacios de escucha por parte de los adultos referentes, que no sean obturados por preconceptos relacionados con distintos diagnósticos, respetando la intimidad y la confidencialidad...” (Ibídem).

^{iv}Documento formulado por la Comisión Nac. Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CoNISMA), la cual es una de las instancias de aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Dicho documento se basa en las siguientes normativas: las leyes N° 26.529 de Derechos del Paciente, N° 26.061 de Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes; N° 26.206 de Educación Nacional y N° 26.657 de Salud Mental, y en el marco del Plan Nacional de Acción por los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes 2012-2015; el Plan Nacional de Salud Mental aprobado por Resolución N° 2177/13; la Resolución del Consejo Federal de Educación N° 239/14 “Pautas Federales para el acompañamiento y la intervención de los equipos de apoyo y orientación que trabajan en el ámbito educativo”; las sugerencias elaboradas por el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones a través del Anexo IV del Acta 2/14.

^vPauta n.º 6: “...La escucha requiere generar dispositivos individuales y/o grupales adecuados para la emergencia de la palabra. En dichos espacios corresponde al adulto facilitar la expresión del NNyA construyendo con ellos/as aquello que se busca decir y comprender. Esto implica también acompañar y colaborar en enfrentar las consecuencias de lo que de esos espacios surja. Teniendo en cuenta que la posibilidad de escuchar a otro se facilita con la experiencia de ser escuchado, alentamos la promoción de dispositivos que propicien el intercambio entre los docentes sobre su práctica” (Ibídem)

^{vi}Pauta n.º 2. No se debe reducir la complejidad de un problema a una única perspectiva. “El reduccionismo biológico, o de cualquier otra índole, de una problemática que se expresa a través de la conducta, conduce a abordajes que son dañinos para la salud integral y el desarrollo del NNyA” (Ibídem).

^{vii}Pauta n.º 14. No se puede condicionar la permanencia en la escuela a la realización de tratamientos (Ibídem).

^{viii}Pauta n.º 5. Un diagnóstico puede resultar estigmatizante. *“La finalidad de un diagnóstico es favorecer abordajes pertinentes que posibiliten una mejor salud y una mayor inclusión social. Un diagnóstico en NNyA nunca es sinónimo de irreversibilidad e irrecuperabilidad, ni puede ser utilizado como una etiqueta, ya que al favorecer el estigma perjudica la salud y genera exclusión”* (Ibídem).

^{ix}Pauta n.º 1. Problemas en el rendimiento o en el comportamiento escolar no equivalen necesariamente a un diagnóstico (Ibídem).

^xPauta n.º13. No se puede utilizar medicación para suplir apoyos de otro tipo. *“La utilización de prescripción de medicación para suplir otro tipo de medidas o dispositivos psicosociales o pedagógicos es contrario a lo que establece la legislación vigente. Su uso, cuando corresponda, debe realizarse en el marco de un abordaje interdisciplinario”*(Ibídem)

^{xii}Los deslizamientos de la metonimia nos permiten proponer como horizonte la operación que haga pasar de esa posición de niño amo, “*Yo, amo*” a otra en donde el niño, niña, adolescente o joven pueda posicionarse desde el “*Yo amo*”, introduciendo la dimensión del amor no como ideal romántico sino como forma particular de hacer lazo y de reunirse en colectivos, grupos, proyectos y sueños.

^{xiii}Pauta n.º 4. La escuela debe trabajar en Red con otros recursos. *“La escuela debe servirse de ayuda y apoyo más precisos para acompañar a los NNyA en problemáticas que no hacen al terreno escolar pero se manifiestan en él...”* (Ibídem).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alemán, J. (2012) Soledad: Común, políticas en Lacan, Capital Intelectual, Buenos Aires.
- Baquero R. y Terigi F. (1996) “En búsqueda de una unidad de análisis del aprendizaje escolar”, en Apuntes Pedagógicos No 2.
- Boletín Oficial (2005) Ley de Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes, Ley Nacional 26.061.

Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (2014). Niñas, niños y adolescentes: Salud Mental y Enfoque de Derechos. Pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos a partir de problemáticas del ámbito escolar. Anexo I, Acta CoNISMA 12/14. Disponible en: http://www.jefatura.gob.ar/multimedia/files/conisma/Documento_Infancia_y_Medicalizacion-19dic.pdf

Derrida, J (2009) “Deconstrucción y crítica”, Siglo XXI, México.

Foucault, M. (1984) “El juego de Michel Foucault”, en Saber y verdad, Madrid, Ediciones de la Piqueta.

Foucault, M. (1996) La vida de los hombres infames, Editorial Altamira, La Plata, Buenos Aires.

Freud, S. (1914) “Recordar; repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II)”. Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, vol. XII.

Freud, S. (1930) El Malestar en la Cultura. Amorrortu, Bs. Aires, 1986.

Frydman, A. (2013) “Los niños amos”. Recuperado de: http://www.enapol.com/es/template.php?file=Textos/Los-Ninos-Amos_Adela-Fryd.html

Lacan, J. (1984) “El acto psicoanalítico”, en Reseñas de enseñanza, Hacia el tercer encuentro, Buenos Aires.

Rosemberg, F. y Sussel M. (2010) A convenção Internacional sobre os direitos da criança: debates e tensões. En Cadernos de Pesquisa, v. 40, n. 14, 693-728. San Pablo: Autores asociados.

Stolkiner, A. (1999) “Equipos Interprofesionales y algo más: ¿es posible hablar de intersaberes?”. Revista Campo Psi-Revista de Información especializada” Año 3 , No 12 , Agosto de 1999, Rosario. (acceso : www.campopsi.com)

Valles, M. (1992) “La entrevista psicosocial”, en M. Clemente (comp.): Psicología Social. Métodos y técnicas de investigación, Madrid: Eudema, pp. 246-263.