

EL CUERPO DEL NIÑO COMO TRASTORNO: APROXIMACIONES DISCURSIVAS AL ABORDAJE DEL TDAH

THE CHILD'S BODY AS A DISORDER: DISCURSIVE APPROACHES TOWARDS ADHD

Andrea Ceardi Marambio; José Manuel Améstica Abarca; Carmen Gloria Núñez Muñoz; Verónica López Leiva; Valeska López Guerrero; Julio Gajardo Molina

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso; andrea.ceardi@ucv.cl

Historia editorial

Recibido: 10-10-2014

Primera revisión: 10-05-2015

Segunda revisión: 23-09-2015

Aceptado: 01-12-2015

Palabras clave

TDAH

Necesidades educativas
especiales

Análisis de discurso

Resumen

El Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) es el diagnóstico neurológico más frecuente en niños en edad escolar atendidos en el servicio de atención primaria en Chile. Se han implementado nuevas regulaciones que definen cuáles profesionales pueden diagnosticar y tratar el trastorno. En este estudio nos aproximamos a la construcción del TDAH desde una perspectiva discursiva, a través del análisis de entrevistas a padres, profesionales de las áreas de la salud y educación encargados del abordaje del TDAH. El análisis se centró en las posiciones discursivas que se evidencian en los repertorios interpretativos (RI) de los actores y los efectos que generan. Los resultados permiten evidenciar tres RI: la construcción del cuerpo infantil como *disfuncional*, como *corregible* y como *medicable*. Se discuten estos hallazgos en relación con la concepción de infancia y a la asimetría con el mundo adulto, así como a una noción de bienestar infantil limitado a asegurar la subsistencia del niño en el sistema escolar.

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most frequent neurological diagnosis of the Chilean primary health care system for elementary school students. New norms and regulations now define which professionals can diagnose and treat this disorder. In this study, we approach to the construction of ADHD from a discursive perspective, through the analyses of interviews with parents, and professionals from health and school systems, in charge of ADHD detection and treatment. The analyses focused on the discursive positions evidenced in the interpretative repertoires (IR) of these actors, and on the effects they generate. Findings show three IR: the construction of the infant body as *dysfunctional*, as *corrigible*, and as *medicable*. These findings are discussed in relation to the conception of childhood, the asymmetry in the child-adult construction of the disorder, as well as to the notion of child wellbeing as being limited to ensuring the child's subsistence in the school system.

Ceardi Marambio, Andrea; Améstica Abarca, José Manuel; Núñez Muñoz, Carmen Gloria; López Leiva, Verónica; López Guerrero, Valeska & Gajardo Molina, Julio (2016). El cuerpo del niño como trastorno: aproximaciones discursivas al abordaje del TDAH. *Athenea Digital*, 16(1), 211-235. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1478>

El diagnóstico de TDAH en Chile

El *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad* (TDAH) es el diagnóstico más frecuente en niños¹ preescolares y escolares. Los criterios de referencia para el diagnóstico se basan en el DSM-IV de la American Psychiatric Association (APA, 2000) que

¹ El uso gramatical de "niños" refiere indistintamente a 'niñas y niños', aludiendo tanto al género femenino como masculino. Para efectos de este trabajo en específico, la dimensión de género no fue considerada como un eje de análisis.

actualmente se han actualizado para su quinta versión, DSM-V (APA, 2014), aunque sin cambios importantes respecto a los 18 síntomas fundamentales del trastorno, como señalan José García, Claudia Grau y Jordi Garcés (2014). Estos siguen siendo los problemas de atención, hiperactividad e impulsividad, los que varían según sus formas de presentación en la conducta observable del niño en función del predominio de unos síntomas por sobre otros, en al menos dos contextos: la escuela y el hogar.

A nivel internacional, las tasas de prevalencia son variables, considerando que no existen marcadores biológicos que permitan el diagnóstico. Según el DSM-IV, el TDAH se presenta en un 3% a 5% de la población infantil. Sin embargo, esta cifra ha aumentado significativamente en distintas latitudes. Así, en Estados Unidos las cifras de TDAH han aumentado en un 22%, lo que significa que uno de cada diez niños (10%) está diagnosticado con TDAH; en países de América Latina como Colombia, la cifra de prevalencia llega al 17%, como afirman Juan García y Jana Domínguez (2012). Erik Parens y Josephine Johnston (2009) explican que las variaciones en el diagnóstico y tratamiento del TDAH provienen en parte de los desacuerdos respecto a qué es un comportamiento normal y qué no lo es. Para los autores, el hecho de que el TDAH sea un fenómeno heterogéneo y no una categoría claramente diferenciable y separable de otras manifestaciones clínicas, requiere de las decisiones que tome el observador sobre su interpretación de los comportamientos. El que exista un amplio número de variables que puedan incidir en cómo los síntomas son interpretados, constituye lo que los autores han denominado como inevitable “zona de ambigüedad” refiriéndose a las incertidumbres en el diagnóstico y tratamiento del TDAH.

De acuerdo a Gloria Herrera (2005), y Liza Lagos et al. (2011) las estimaciones de prevalencia, etiología y riesgo de presentar TDAH en Chile son escasas, y en su mayoría inespecíficas en términos cuantitativos. La variedad de tasas de prevalencia oscila entre 2% y un 15%. Esta variedad se ha explicado por “los distintos métodos de evaluación utilizados, la diversidad y cambios de los criterios clínicos diagnósticos, diferentes informantes (padres, profesores o cuidadores/tutores), el tipo de muestra escogida (clínica o poblacional) o por características sociodemográficas diversas” (Cardó, Servera y Llobera, 2007; Buitelaar y Van Engeland, 1996; Blázquez, Joseph, Burón, et al., 2005, en Urzúa, Domic, Cerda, Ramos y Quiroz, 2009, p. 333).

Mariela Abarzúa y Marta González (2007) afirman que una de las últimas cifras oficiales da cuenta de una prevalencia nacional del 6,2%, constituyendo una de las prioridades programáticas del Ministerio de Salud (Minsal, 2001, en Urzúa et al., 2009). Se estima que uno de cada 80 a 100 escolares de primaria requieren tratamiento específico por dicho trastorno, siendo el diagnóstico neurológico más frecuente en los servicios de atención primaria, (De la Barra, 2009; Lavados, Gómez, Sawada, Chomali y Ál-

varez, 2003; Urzúa et al., 2009). A su vez, un estudio comunitario de prevalencia con niños y adolescentes, realizado por Flora De la Barra, Benjamín Vicente, Sandra Saldivia y Roberto Melipillán (2012) da cuenta de que, de un 14,6% de trastornos disruptivos, el más prevalente es el TDAH con un 10,3%.

El aumento de los casos de escolares con algún tipo de diagnóstico fue la base para la creación de nuevas regulaciones en Chile, donde la educación pública se financia por la vía de vouchers a la demanda, que son entregados a los establecimientos educacionales por la matrícula y asistencia diaria de cada estudiante. De este modo, se puso en marcha el Decreto 170 (Decreto Supremo N° 170, 2009), que deriva del Decreto Supremo 01, y que asociaba la presencia de Necesidades Educativas Especiales² (NEE) permanentes, a la asignación de una subvención o voucher adicional. El Decreto 01 otorgó una subvención adicional al monto por estudiante, debido al mayor coste educativo que implica un estudiante con NEE para el establecimiento, pues requieren recursos profesionales y materiales adicionales. En el año 2009, el Decreto 170 reglamentó los procedimientos diagnósticos y determinó los profesionales idóneos para el abordaje de las NEE que financiaba el Estado por la vía de subvención adicional, e incorporó a las NEE transitorias dentro de aquellas para las cuales los centro escolares podían solicitar subvención adicional, estando entre ellas el TDAH. El Decreto 170, además, establece quiénes son los profesionales idóneos para realizar la evaluación diagnóstica, siendo en el caso del TDAH:

El médico neurólogo o psiquiatra o pediatra o médico familiar o médicos del sistema público que cuenten con la asesoría de un especialista; de acuerdo a lo establecido por el Fondo Nacional de Salud, psicólogo o profesor de educación especial/diferencial o psicopedagogo (Decreto Supremo N°170, 2009, párrafo 31).

De acuerdo a datos del Observatorio Chileno de Políticas Educativas (2014), posterior a la promulgación del Decreto 170, entre el año 2011 y el 2012, la matrícula de estudiantes con TDAH aumentó de 2.723 a 8.339, sólo en la Región Metropolitana de Chile; es decir, un 306%. Este es un dato relevante al momento de evaluar la incidencia del Decreto en el volumen de diagnóstico y prácticas de intervención asociadas.

Para acceder a la subvención del Decreto 170 las escuelas deben elaborar un Proyecto de Integración Escolar (PIE), que tiene como objetivo incluir estudiantes con Necesidades Educativas Especiales, y generar condiciones en los establecimientos educacionales para acoger y abordar las necesidades educativas del estudiante (Ministerio de

² El Decreto 170 define al alumno con Necesidades Educativas Especiales como aquel que precisa de ayudas adicionales para conducir su proceso de aprendizaje, a consecuencia de un trastorno o discapacidad. Se definen las NEE de carácter *permanente* como barreras experimentadas durante toda la escolaridad; y las de carácter *transitorio* como aquellas requeridas en algunos momentos de la vida escolar (Artículo 2, Decreto Supremo N° 170, 2009).

Educación, 2013). Esto incluye la contratación de profesionales específicos de apoyo, detallados en el artículo 16 del Decreto. Estas medidas buscan disminuir el riesgo de fracaso escolar en estudiantes con mayores probabilidades de fracaso y deserción escolar, como son los estudiantes con NEE (Marfán, Castillo, González y Ferreira, 2012). A su vez, dentro de la escuela se establece el rol del psicopedagogo o educador diferencial como docentes especialistas en el abordaje del TDAH en el aula (Marfán et al., 2012).

No obstante, dado el aumento significativo del diagnóstico de TDAH, asociado a la subvención escolar adicional que instaló en Chile la política educativa a través del Decreto 170, no queda claro si el diagnóstico clínico, la elaboración del PIE y contratación de profesionales de apoyo logra realmente disminuir el riesgo de fracaso y deserción escolar, o bien, aumenta la segregación escolar como consecuencia de las categorías diagnósticas sobre los estudiantes en este contexto. A continuación revisamos algunas teorías críticas que permiten comprender de qué manera se construye el TDAH.

Aproximaciones críticas al diagnóstico del TDAH

Partimos del supuesto de que el TDAH es una categoría diagnóstica construida discursivamente. Desde la perspectiva de Michel Foucault (1971), los discursos se constituyen como verdaderos, universales y neutros, a través de una voluntad de verdad sustentada en relaciones de poder. Coincidente con esta perspectiva, el estudio “La medicalización de la infancia, niños, escuelas y psicotrópicos” del Observatorio Argentino de Drogas, Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (OAD-SEDRONAR, 2008) concibe el TDAH como un producto socio-cultural “donde inciden diversos factores que en un contexto social e histórico específico permiten que se desarrollen las líneas argumentales de los diversos actores sociales que han intervenido e intervienen en la génesis y producción de dicho proceso” (OAD-SEDRONAR, 2008, p. 40).

Pensar el TDAH de esta forma ha implicado explorar los modos en que los diagnósticos operan como prácticas discursivas que organizan los cuerpos, a partir de la medicina y la *medicalización* como estrategia de gobierno de las poblaciones. La medicina como discurso de poder se materializa en dispositivos de índole diversa, haciendo operar estrategias de normalización que abarcan a la familia y a la infancia (Foucault, 1984/2014). La infancia establecida como fase del desarrollo específica, que asegura la supervivencia del niño hasta la edad adulta, se erige como una etapa vital que debe ser bien gestionada. La familia será aquí el elemento que une la preocupación por

la salud del cuerpo social y la necesidad de cuidado de los individuos, haciéndose cargo de su moralización y medicalización (Foucault, 1984/2014).

Para fines de nuestro análisis elegimos la categoría de *cuerpo* refiriéndonos a la noción de cuerpo desarrollada por Foucault en *Diálogos sobre el poder*, en que se afirma que el cuerpo no existe tal cual como un artículo biológico o un material sino que “el cuerpo humano existe en y a través de un sistema político” (Foucault, 1984/2014; p. 744). El cuerpo no está dado, sino que es producido, es un objeto de las técnicas anatómico-políticas y que deviene como superficie de inscripción de técnicas disciplinarias. La escuela es estudiada como uno de los espacios para la construcción de cuerpos dóciles y útiles (Foucault, 1975/2006). Asimismo el espacio de la familia aparece como un espacio de vigilancia continua y meticulosa sobre el cuerpo del niño, objeto de atención permanente de los padres, un control que está “subordinado a la intervención médica, higiénica, y que debe desde la primera alerta recurrir a la instancia externa y científica del médico” (Foucault, 1999/2008; p. 236). El espacio de la familia queda recubierto por la racionalidad médica, quedando el cuerpo atrapado en el espacio familiar que a la vez está sujeto a una tecnología, un poder y un saber médico externos.

En este sentido, es clave examinar las descripciones que se realizan del TDAH en los documentos considerados oficiales: el Decreto 170 (Decreto Supremo N° 170, 2009), y las Orientaciones Técnicas (Ministerio de Educación, 2013) que de él emanan. La noción de TDAH que en ellos se establece considera la clasificación del CIE 10, las clasificaciones del Ministerio de Salud y las clasificaciones del DSM-IV y de las versiones más recientemente disponibles (Artículo 41, Decreto Supremo N° 170, 2009). En específico, en las Orientaciones Técnicas se hace referencia a la evaluación diagnóstica, de la cual se desprende una descripción del TDAH:

La evaluación médica tendrá la función de identificar el déficit, y será el médico especialista en base a su valoración clínica y a la información del estudiante obtenida desde su ámbito familiar o escolar, quien emitirá el diagnóstico de la presencia de este trastorno específico. Dicho profesional también podrá dar cuenta del estado de salud general del alumno o alumna. (Ministerio de Educación, 2013, p. 26).

En estos sistemas de clasificación predomina una concepción y circulación del TDAH como trastorno de la conducta infantil. Para Eugenia Bianchi (2012), la configuración de trastorno vigente en el DSM-IV resulta relevante para entender dos aspectos claves en su configuración: lo sindrómico y el acento en las conductas, que en caso del TDAH además está puesta en la dimensión neurológica de la conducta.

Así, el diagnóstico es una práctica discursiva que enfrenta dos posiciones: la del adulto que diagnostica y la del niño que se ve constituido como patológico (Peña, Rojas y Rojas, 2015). Se construye así una doble asimetría, la de “aquel que posee un saber médico y efectúa el diagnóstico y aquel que toma el lugar de objeto” (Peña et al., 2015, p. 92), imponiendo un saber sobre el mundo infantil que es detentado exclusivamente por el mundo adulto. Además, estos antecedentes ponen en evidencia que el TDAH se construye como discurso desde la política pública: esto releva la importancia de conocer las posiciones de los adultos implicados en la ejecución de esta política en el sistema de salud, así como en el sistema escolar.

Posiciones discursivas en torno al TDAH

En este estudio, para comprender el diagnóstico del TDAH y las prácticas que se derivan de él desde una perspectiva discursiva, buscamos identificar las convergencias y divergencias en las posiciones discursivas de los profesionales que ejecutan las políticas públicas en los sectores de educación y salud, así como en el de las madres y padres de los niños diagnosticados. Desde la perspectiva de Ana Garay, Lupicinio Iñiguez y Luz Martínez (2005), el propósito fue comprender “las perspectivas cambiantes y diversas del mundo que los propios actores y actrices sociales elaboran en sus interacciones e intercambios lingüísticos” (p. 111).

Por ello, una función específica que buscamos analizar fue la variabilidad discursiva, pues ésta permite hacer emerger preguntas en torno a las implicancias de las construcciones que realizan los distintos actores involucrados en el abordaje del TDAH. Esto, pues el lenguaje no sólo tiene como función la descripción de la realidad, sino que permite realizar acciones sociales, a la vez que pone en circulación relaciones de poder (Foucault, 1971). Estos discursos también se acoplan con dispositivos y diferentes formas de abordaje del TDAH.

Para ello, entendemos el discurso desde Lupicinio Iñiguez y Charles Antaki (1994), como “un conjunto de prácticas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales. El análisis consiste en estudiar cómo estas prácticas actúan en el presente manteniendo y promoviendo estas relaciones” (p. 63). De acuerdo a En lugar de comprender las construcciones discursivas como expresiones de los estados cognitivos subyacentes de los hablantes, éstas “se examinan en el contexto de su ocurrencia como construcciones situadas y ocasionales [...] en términos de las acciones sociales que consiguen estas descripciones” (Edwards y Potter, 1992, citados en Iñiguez, 2003, p. 95).

El TDAH, como otras categorías diagnósticas, se construye en y a través de las dinámicas de acción social. En esta construcción, el papel de quienes se ven involucrados en los procesos de sospecha, diagnóstico e intervención se torna relevante, por cuanto ellos se encuentran en una posición de poder que permite instalar y reforzar cierto tipo de prácticas sobre otras.

No obstante, los adultos encargados de los procesos y procedimientos de sospecha, diagnóstico y abordaje están también, de alguna manera, sujetos a las políticas educativas y de salud y subjetivados con/en las posiciones discursivas de éstos. Por ello, junto al discurso, consideramos también los dispositivos, entendidos desde Sergio Albano (2003) como el “conjunto de todas aquellas instancias extra – discursivas que emergen a partir de un cierto régimen de concomitancia y proximidad con el discurso que las condiciona y de las cuales depende su funcionamiento” (pp. 83-84). En este estudio consideramos el contexto institucional y las relaciones profesionales que se sostienen en dicho espacio social. Para el caso, consideramos como instituciones a los sistemas de salud y educación, así como a las profesiones que se intersectan en ellos.

Como señalan Brownyn Davies y Rom Harré (2007), un posicionamiento discursivo “es el proceso discursivo donde las identidades se localizan en conversaciones en las que participantes, observable y subjetivamente coherentes, conjuntamente producen argumentos” (p. 246). Dichos posicionamientos son inmanentes y contingentes a los discursos y sus productos sociales. En este caso, el abordaje del TDAH como forma de posicionamiento frente al trastorno, devela el modo en que las acciones de todos los participantes constituyen posiciones en la trama discursiva. De este modo, es posible identificar una gama de prácticas lingüísticas que dé cuenta tanto de recurrencias como de discontinuidades en el discurso en torno al niño con TDAH.

Método

Participantes

De manera acorde con la perspectiva discursiva declarada, se buscó contar con la diversidad de sujetos involucrados en el abordaje del TDAH, con el fin de identificar distintos posicionamientos. Se seleccionó un total de 23 participantes en su calidad de informantes claves en el proceso de detección, diagnóstico y tratamiento del TDAH que opera en una comuna urbana grande (>300,000 habitantes) de la Región de Valparaíso, Chile. El estudio de Verónica López, Carmen Núñez y Andrea Ceardi (2012)³

³ El estudio “Presencia y Abordaje del Síndrome de Déficit Atencional en Escuelas Básicas Municipales en sectores de Alta Vulnerabilidad”, al que se hace referencia en este artículo, se realizó bajo la forma de una Asesoría Parla-

describe dos etapas en la selección de los participantes siguiendo el criterio de *representatividad* (Iñíguez y Antaki, 1994), realizándose el muestreo siguiendo la estrategia de bola de nieve. En la primera etapa, se seleccionó a los actores reconocidos como *especialistas* del área de educación y salud a nivel comunal, entrevistándose un total de 9 participantes: 3 del área de salud (médico, psicólogo, psiquiatra de 2 hospitales comunales) y 6 del área de educación (psicólogos y asistente social representantes de los dos programas encargados de la pesquisa y abordaje del TDAH en las escuelas municipales). En una segunda etapa, se seleccionaron dos escuelas municipales al azar, que presentaban un alto número de consultas por TDAH en uno de los hospitales participantes. Se entrevistó a un total de 14 participantes entre ambas escuelas, involucrados en el proceso de sospecha y detección (9 profesionales del equipo de apoyo psicosocial en las escuelas: psicólogos, asistente social, fonoaudiólogos, orientadores familiares, junto a 4 profesores de primer y segundo ciclo básico⁴ y 1 apoderado). En la Tabla 1 se presenta el número de participantes por etapa, ámbitos de acción, tipo y número de entrevistas.

Técnicas de producción

Se realizó un total de 12 entrevistas semi-estructuradas (Ander-Egg, 2003), orientadas a describir los procedimientos de derivación, evaluación e intervención que se realizan en casos de posible diagnóstico de TDAH. De ellas, 9 entrevistas fueron individuales y 3 entrevistas fueron grupales (ver Tabla 1). Las entrevistas individuales tuvieron una duración entre 45 y 60 minutos, mientras que las grupales duraron alrededor de 90 minutos.

Análisis de datos

La propuesta de análisis se acogió a la orientación pragmática del Análisis de Discurso, desde lo señalado por Margaret Wetherell y Jonathan Potter (1987) citados en Sisto (2012), en orden a que "el lenguaje puede ser utilizado para construir y crear la interacción social y diversos mundos sociales" (p. 189). Para ello, el corpus textual abordó los procedimientos de pesquisa, diagnóstico y tratamiento, evaluando las fortalezas y debilidades del flujograma en su conjunto.

El material fue sometido a una revisión en la que se rescataron las acciones discursivas, que al asociarse relevaban los recursos lingüísticos presentes. Éstos son des-

mentaria para la Cámara de Diputados de Chile.

⁴ Los niveles de Enseñanza Básica en Chile corresponden a 8 años, desde su inicio en Primero Básico (6 años de edad) hasta Cuarto año se denomina Primer Ciclo Básico; entre Quinto y Octavo año se denomina Segundo Ciclo Básico.

critos por medio de los *repertorios interpretativos* (en adelante RI), así como de los efectos discursivos desde el abordaje. Los RI son definidos por Margaret Wetherell y Jonathan Potter (1988/1996), y

Se pueden considerar como los elementos esenciales que los hablantes utilizan para construir versiones de las acciones, los procesos cognitivos y otros fenómenos. Cualquier repertorio interpretativo determinado está constituido por una restringida gama de términos usados de una manera estilística y gramatical específica. (p.66).

Los RI configuran ciertos posicionamientos dentro de una red discursiva, poniendo en circulación relaciones de poder y de saber. Es desde esta perspectiva que se discuten los posicionamientos construidos por los distintos actores respecto del trastorno y sus formas de abordaje.

Etapa	Actores	Técnicas de producción	Número de Actores por Ámbitos	
			Educación	Salud Pública 2 Hospitales
Etapa 1	Especialistas, involucrados en Diagnóstico y Tratamiento TDAH	4 Entrevista Individual	1 Coordinador Comunal Programa de Integración Comunal	1 Neurólogo 1 Psicólogo 1 Psiquiatra
	Sistemas de Educación y Salud a nivel comunal(9)	1 Entrevista Grupal	Equipo Comunal Programa HPV. (5)	
Etapa 2	Actores Escuelas Municipales (14)		2 Escuela Municipales	
		5 Entrevista individual	2 Profesores Primer ciclo básico 2 Profesores Segundo ciclo básico	
			1 Apoderado	
			Equipo de apoyo psicosocial (4)	
	2 Entrevista Grupal	1 psicólogo, 1 orientador familiar, fonoaudiólogo, educadora diferencial		
		Equipo de apoyo psicosocial (5)		
		1 Asistente social, fonoaudiólogo, 2 psicólogos, orientadora familiar		

Tabla 1. Participantes y técnicas de recolección de datos

Resultados

Del análisis emergieron tres RI: (1) *El cuerpo disfuncional*, que actúa visualizando al niño como trastorno; (2) *El cuerpo corregible*, que interviene corrigiendo lo disfuncional, y, (3) *El cuerpo medicable*, que actúa controlando el cuerpo infantil. Estos RI se corresponden con formas de enunciar el cuerpo infantil desde las posiciones discursivas sostenidas por los actores implicados en el abordaje del TDAH, y a las prácticas para legitimar la identificación de un cuerpo que, aunque disfuncional, es susceptible de ser integrado al sistema escolar. Por consiguiente, el eje que articula estos tres repertorios, son los saberes y mecanismos puestos en juego en el abordaje del TDAH para producir la objetivación del cuerpo infantil.

El cuerpo disfuncional: el niño visto y enunciado por los adultos como trastorno

En el discurso de los distintos especialistas y actores, el niño con sospecha o diagnóstico de TDAH es visto y enunciado como “trastorno”, y luego posicionado como objeto de intervención del sistema médico-escolar. Esta objetivación evidencia la hegemonía del discurso médico, que impone un modo de “ver” y “enunciar” el cuerpo en el contexto escolar, al consignarlo como trastorno. En consecuencia, actúa mediante dos acciones: prescribiendo como ‘patologías’ aquellas conductas no funcionales a la escuela, y gestionando los instrumentos y tipos de intercambio para que circulen las referencias al “trastorno”, basadas exclusivamente en lo que los adultos dicen de la conducta del niño. Concretamente, el Decreto 170 determina que el diagnóstico debe realizarse sobre la base de los informes que los padres, profesores y otros profesionales enuncian sobre el niño, prescindiendo e invisibilizando a este último:

[El niño] llega a nosotros con documentos que son mandados por el colegio, en algunos casos informes establecidos por la escuela o la municipalidad, ministerio; de la cual no hay una gran coordinación (...) yo diría que la mayoría de las escuelas vienen así: sin mayores análisis del niño, cualitativo; no hay mayor análisis. Es enviado solamente diciendo que el niño “es inquieto” — esas son las frases que más se escriben— que “parece que no entendiera” “parece que no escuchara”, o que “no cumple con las órdenes que se le indican” y frases hechas a antojo del profesor; salido del, digamos, de la mentalidad

del profesor, de lo que él cree que está pasando” (Neurólogo Hospital 1, entrevista personal, 15 de junio de 2011)⁵.

Los protocolos reducen al niño a un informe de su dimensión conductual, fijando de antemano las conductas que serán diagnosticables, y diferenciando a los profesores, profesionales y apoderados que informan, del médico que tiene un saber “experto” y por ende la facultad de someter a juicio lo informado. Así, podemos entender cómo las expresiones “las frases hechas al antojo del profesor” y “salidas de su mentalidad” que usa el entrevistado, sirven para atribuir la posición de ‘no experto’ de quien informa, más que aludir al contenido del informe. De hecho, las frases del docente se corresponden con algunas de las descripciones del diagnóstico de TDAH presentes en el DSM-IV: no obstante, su posición de “no experto” las convierte en interpretaciones no válidas, pues no responden a las convenciones científicas existentes desde el modelo médico.

La función de informantes que estos adultos tienen sobre ese cuerpo obedece al uso de referentes que se han prescrito desde el modelo médico para hablar de lo disfuncional, quedando el niño al margen de este proceso. Lo central es que los involucrados generan una necesidad de informar a un médico experto, atribuyéndole un carácter de urgencia. Esta urgencia sirve para justificar la exclusión de el/la niño/a en y sobre el análisis de sí mismo/a, lo que se evidencia en los usos de frases como “no hay tiempo”:

A veces no hay tiempo de hacer retroalimentación. A veces, es muy conversación de pasillo, no hay tiempo de sentarse para ver el caso del alumno, es muy rápido porque en verdad, para esta escuela tan grande. Y a veces ellos siempre andan corriendo apurados, con informes que son de los niños. Es difícil a veces entregar estos espacios para conversar de esto al niño. Es más, incluso para enviarlos a todos, todos los que realmente necesitan, quizá por eso tal vez sorprende que yo te hable de “los niños” y que solamente hayan diagnosticado a uno. Algunos están en proceso (Profesora Segundo Ciclo Básico Escuela 2, entrevista personal, 07 de diciembre de 2011).

En la cita anterior, se aprecia cómo la docente connota como *conversación de pasillo* los intercambios con otros profesionales: describiendo estos espacios como lugares de paso, en que no hay lugar ni tiempo para conversar de esto al niño, primando la fluidez y la necesidad del acto de informar sobre “todos los que realmente necesitan”. Para que ello se haga efectivo, se requiere de una serie de combinatorias entre lo *visible del proceso* y lo *enunciable de un proceder* que instalen un saber experto en el “tras-

⁵ Se respetó la confidencialidad para el uso y publicación de estos datos, según lo estipulado en el consentimiento informado que firmaron los participantes. Para nominar a los entrevistados se utilizará su rol dentro del proceso de abordaje, especificándose si fue una entrevista personal o grupal, así como la fecha de realización.

torno”: legitimado por enunciados que ofrece la normativa, y que sirven para capturar las conductas observadas por los actores adultos sin el niño.

Por consiguiente, hablar sobre las Necesidades Educativas Especiales como diagnóstico sirve a la construcción del trastorno, sosteniendo la necesidad urgente de su abordaje y la existencia de apoyos profesionales y profesionalizantes, es decir, actores que sepan de antemano qué necesidades y cuáles apoyos requiere el niño. Desde estas políticas se institucionaliza la necesidad, suponiendo que para ser educable se deben dar condiciones definidas desde parámetros de salud y enfermedad; y que el no ser educable depende de un individuo que debe ser diagnosticado. En otras palabras, se objetiva al niño cuando se lo sitúa como objeto de una necesidad que requiere de un saber que circule urgente y fluidamente, fijando requisitos, instrumentos y pruebas diagnósticas para permitirle al cuerpo disfuncional subsistir en el sistema escolar. De esta forma, el saber médico experto prima por sobre la producción de conocimiento situado de los actores locales (profesores y apoderados), obligando a que los adultos se *especialicen* en el conocimiento experto:

Tenemos diseñados unos talleres para el SDA, pero para los padres; que en el fondo son talleres de manejo conductual; talleres psicoeducativos finalmente, para que los padres sean capaces de manejar las conductas del niño, y entiendan que muchas de las conductas no son conductas intencionadas, sino que son conductas propias del SDA, ¿cierto?... (Psicólogo Hospital 1, entrevista personal, 27 de junio de 2011).

Existen dos aproximaciones al trastorno reconocidas por los especialistas: una en que se explica el cuadro desde el déficit neurológico, y otra, en que además se reconoce que incidirían factores sociales y psicológicos. Si bien esta última aproximación carece de validación respecto a la etiología del trastorno, resulta válida para el pronóstico, siendo la aproximación sostenida por los especialistas “psi”. Para ellos, la interacción entre lo biológico y lo psicosocial permite identificar factores de riesgo y factores protectores del bienestar. La cita anterior evidencia cómo los especialistas “psi” sitúan a los padres como responsables del ambiente en que interactúa el cuerpo biológico, por lo que deben constituirse como un factor protector, prescribiéndose lo que deben saber y saber hacer para apoyar. Los especialistas capacitan a padres que *no son* capaces, y por ende son potenciales riesgos, para convertirlos en apoyos habilitados para clasificar las conductas bajo el alero del “trastorno”, y para manejar las conductas “problemáticas” del niño.

Ahora bien, los padres son capacitados para capturar estas conductas visibles en una cadena de enunciados independientes de lo visible, que pasa del terreno del hecho al terreno de las intenciones: deben saber que la conducta problemática que ven, no es

intencionada, sino consecuencia de una disfunción del individuo que provoca disfunción, “es lo propio del SDA”.

El TDAH, en ese sentido, cumple una doble función: en primer lugar, la de integrar al individuo en el sistema escolar, a condición de que lo patológico entre en escena, pues el individuo no es excluido ni sancionado como lo sería si se le supone intención, sino que se le integra a partir de una necesidad de presunta naturaleza orgánica: un déficit neurológico. En segundo lugar, otorgar a los profesionales coordinadas para intelegir aquellas conductas que no son educables como lo anormal y disfuncional del cuerpo, ofreciendo desde el modelo biopsicosocial técnicas para su normalización.

El cuerpo corregible: corregir lo disfuncional

La integración del cuerpo disfuncional en el campo del funcionamiento escolar tiene un doble movimiento: hacer inteligible la disfuncionalidad del cuerpo, al mismo tiempo que disponer de técnicas para su normalización y corrección. Así, la medicina social funciona en el sistema escolar como medio de control corporal y ético, interviniendo sobre el cuerpo del niño para hacerlo educable, a partir de las *ortopedias* que este sistema ha dispuesto. Su operar permite identificar cuándo el cuerpo infantil no cumple con las expectativas escolares, frente a lo que se espera “ver” del cuerpo funcional: el objeto educable, es decir, *sujetado a la escuela*.

Es que no se ven tan severo porque, es primero básico y los primeros básicos son muy energéticos. Entonces no se ve tanto; en cursos mayores sí porque son más tranquilos. Entonces la hiperactividad y el déficit se notan más que en los cursos pequeños; es un juego ahí (Profesor Primer Ciclo Básica Escuela 1, entrevista personal, 14 de diciembre de 2011).

Lo que se hace visible como disfuncional no es su déficit neurológico, sino su *falta comportamental y corporal* en comparación con otros cuerpos infantiles. El cuerpo educable es el cuerpo que ha sido domesticado, y que sostiene la completud entre el sujeto que educa y el sujeto-sujetado a educarse. Sobre este supuesto, la institución escolar se ha edificado como agente de normalización. Al instalarse una mirada médica en el campo escolar, los docentes utilizan recursos prestados del discurso médico para validar lo que están viendo: este discurso médico es el que versa sobre *la falta*, sobre el déficit.

De esta manera, el recurso del *déficit neurológico* captura aquello que se presenta como una *falta* en la relación profesor-estudiante, obturando la posibilidad de que otros discursos permitan enunciar esta *falta*. El cuerpo no domesticado sólo puede ser

enunciado como “increíble”, siendo excluido de la validación de un discurso que no sea el hegemónico, pues no es funcional a la función misma de la escuela:

Los chicos mira, si tú los observas, mira en lo que están (pausa), atentos ¿te fijas? Sacan los juguetes, ellos siempre sacan los juguetes, y si no los tienen, sacan, se ponen a jugar con un dedo, juegan, o se ponen a jugar con el dedo, no sé, con el pie o con el cordón del zapato. La cosa es increíble, es increíble [ríe] (Profesora Segundo Ciclo Básico Escuela 1, entrevista personal, 05 de diciembre de 2011).

Esta visión de lo *disfuncional* como *increíble* tiene dos efectos: por un lado, capturar en el enunciado de lo patológico aquello que no puede ocurrir, y por otro, invisibilizar lo que es difícil de soportar. En este sentido, no puede ocurrir la existencia de cuerpos que no sean educables: y de existir, resultan difíciles de soportar para el docente, ya que *le dan problemas*. A tal punto es paradójica la situación del niño disfuncional no-educable, que le causa risa. Pero ¿qué puede dar problema de esta conducta? En este caso no es la naturaleza cualitativa de la conducta, sino su frecuencia en el tiempo: “con frecuencia juguetea..., con frecuencia se levanta..., con frecuencia no espera turno”, tal como se especifica en el DSM-IV (APA, 2000, p. 105). Es el número de veces en que el docente fracasa al soportar aquella conducta presentada con frecuencia, y que hace visible el carácter artificial de las relaciones que la escuela instituye para normalizar. Esto tiene efectos contradictorios, pues lo que es imposible de creer va a regular aquello que el docente ve. Así, se explicaría cómo el cuerpo educable, soportado por el docente, pasa desapercibido, y cómo lo que es grave para el profesor es el cuerpo no-educable que se le pone en frente, obstaculizando su función de domesticación:

Porque el niño aparte de portarse mal en la sala no necesariamente tiene que dar problemas en la casa; había niñas que pasaban súper desapercibidas en la sala de clases, y tenían problemas súper graves detrás y el profesor no lo visualizaba, total ‘no po, no me da problemas. (Equipo de Apoyo Psicosocial Escuela 2, entrevista grupal, 25 de noviembre de 2011).

Los resultados revelan que el cuerpo infantil se hace visible cuando se resiste a la domesticación de los padres y al control pedagógico, siendo necesario que opere un esquema que lo objective, invisibilice y visibilice como disfuncional, para asegurar su subsistencia en el sistema escolar, y por ende, la subsistencia de la domesticación adulta sobre el cuerpo infantil. El esquema de subsistencia del sistema escolar requiere que el enunciado de lo disfuncional como “trastorno” transite de lo descriptivo a lo explicativo, sosteniéndose como enunciado tautológico:

Entonces a veces tuvo que trabajar solo, no puede ser agrupado, porque los compañeros no quieren trabajar con ellos, entonces igual como que el J es inquieto po⁶... es hiperquinético como le llaman, no sé, los mismos compañeros a veces no quieren trabajar con él” (Apoderada Escuela 1, entrevista personal, 28 de diciembre de 2011).

El “cuerpo hiperquinético” y el “cuerpo inquieto” representan modalidades para nombrar al cuerpo disfuncional, que se transforman en *causa* que *explica* que ese cuerpo no se pueda ajustar a otros cuerpos, que se suponen controlados. Este carácter tautológico de lo *disfuncional* tiene como forma pura su *autorreferencia*. Que un discurso se vuelva autorreferente implica la exclusión de otras formas de enunciados que permitan la producción de un nuevo saber respecto a lo que no puede ser intelegido. Así, lo ininteligible de las prácticas de exclusión escolar, que se desprenden de los efectos normalizadores, puede ser inteligible si se incluye el *déficit neurológico* que opera como efecto y causa del *déficit del sujeto*. Al usar como recurso la frase “hiperquinético como le llaman”, la apoderada incluye enunciados validados por el discurso hegemónico para justificar la existencia de prácticas que excluyen otras formas de enunciados, que si fuesen incluidos, pondrían en tensión la eficacia de un sistema que requiere erigirse como normalizador e integrador. El uso de este recurso obliga a los padres a confiar el cuerpo del niño al sistema médico-escolar para que lo controle, asegurando el desarrollo normalizado de sus hijas e hijos.

En este contexto, la normativa que determina el TDAH como *necesidad educativa especial de carácter transitorio* opera legitimando el déficit neurológico como discurso, corregible en el tiempo, y que para la subsistencia del cuerpo del niño en el sistema escolar, requiere que profesores y padres operen como agentes de la corrección, es decir, ortopedias del cuerpo corregible.

Para gestionar que los actores del sistema escolar operen como agentes de corrección, u ortopedias, se elaboran protocolos de abordaje derivados del discurso médico, que delimitan los instrumentos y procedimientos que el profesor tiene que saber y saber ejecutar para la evaluación y control de la conducta patológica.

Esto [pesquisa] se hace a principio de año, con observación directa hacia el comportamiento de los estudiantes dentro del aula, frente a las normas y reglas que se establecen dentro de ella [...] Porque no saben usar su atención... Luego de eso, si la conducta se repite durante mucho tiempo y ya no resultan las estrategias; cuando no se puede llevar el desarrollo de la clase; se le pide al equipo de intervención de la escuela, que lleva un tiempo considerable que

⁶ La expresión “po” en Chile es una expresión popular similar a “pues”, y se utiliza para enfatizar ideas previamente expresadas.

es un mes por lo menos donde se ve que las primeras evaluaciones (Profesor Primer Ciclo Básico Escuela 1, entrevista personal, 14 de diciembre de 2011).

Bajo el imperativo de lo *corregible*, opera al mismo tiempo el recurso de la *funcionalidad*, es decir, la norma que ordena al cuerpo funcionar bajo las expectativas del sistema escolar. Los mecanismos de normalización, supervisión y control del cuerpo determinan las ortopedias necesarias para promover la funcionalidad de la escuela, cuando “no resultan las estrategias” o “no se puede llevar el desarrollo de la clase”. Es decir, cuando se pone en tensión la función del docente como ortopedia, se requiere de apoyos adicionales.

Uno generalmente termina finalmente tratando a los niños, no tanto por el SDA en sí, o la limitación que éste le pudiera provocar al punto de vista estrictamente académico; sino la limitación que le pudiera provocar desde el punto de vista emocional y social al estar en una situación de desmedro, al afectar su autoestima, eh, su desarrollo, por no poder cumplir con las demandas y expectativas que se tiene con un niño de su edad (Entrevista Psiquiatra Hospital 2, entrevista personal, 30 de junio de 2011).

Los dispositivos de control del cuerpo usan los recursos y técnicas que el saber médico dispone, sosteniendo las demandas y expectativas de la escuela por sobre los actores de la institución. Estas demandas funcionan como imperativos que adoctrinan los cuerpos, sin comprenderlos ni interrogarlos. El imperativo de la escuela es fijar y preestablecer las lógicas del *bien-ser* y del *bien-estar*, no para un sujeto en particular, sino para todos en general: es lo que se espera del desarrollo normal del niño, a lo que subyace una concepción biológica del desarrollo. Por otro lado, el aumento del bienestar y la mejora de salud son medidas más bien representativas de los principios de la medicina higienista como determinantes de la moral y de la conducta. Para los profesionales extra-escuela el bienestar de la institución pasa a convertirse en el bienestar del niño: si el niño logra ser funcional y cumplir expectativas, no va a tener malestar. Entonces, los apoyos son visualizados como funcionales al proceso de *objetivación-integración*, y también pasan a ser apoyos objetivados, que tienen que conformarse con su función de construcción del cuerpo disfuncional, cuidando su subsistencia en el sistema educativo, más no la calidad de esa subsistencia:

Nos hemos conformado como sistema, a que el niño actualmente sea identificado y tratado. Pero el impacto de eso en lo educativo o el desarrollo de la calidad de vida de ese niño en el sistema educativo, no ha sido muy de a poco... Se sigue. Entonces, hasta dónde llego... ¿Hasta que llegue al Hospital, a un neurólogo que le dice ‘sí, tiene SDA y estos son sus medicamentos’? ¿Hasta

ahí llego? (Entrevista Coordinador PIE, entrevista personal, 16 de mayo de 2011).

El *bienestar* equivale a lograr que el niño subsista en el sistema escolar: siendo ésta una modalidad de hablar de integrar desde los discursos médicos. Integrar implica diagnosticar al niño como trastorno, y otorgarle apoyos y subvención para mantenerle en la escuela, pues es ahí donde se puede corregir y controlar el cuerpo disfuncional. Y, cuando las ortopedias responsables de corregir el cuerpo fallan, la medicación es lo que permite reintroducir la funcionalidad. La integración, en este caso, está siendo funcional a la escuela como orden, y no funcional al sujeto y a sus necesidades:

También nos damos cuenta de que la intervención es pausada, y es limitada en tiempo; por ejemplo todos los niños que están con diagnóstico de SDA con hiperactividad, que están con medicación; ahora en diciembre reciben su última dosis... porque como ahora no vienen a clases, no es necesario que les den. Entonces, se ve como que la medicación es en función del sistema escolar; pero no en función del niño y de su desarrollo integral (Equipo de Apoyo Psicosocial Escuela 2, entrevista grupal, 25 de noviembre de 2011).

Al estar basadas en el modelo médico, las acciones que implementa el equipo de profesionales al interior del sistema escolar son de dos tipos: en función de controlar el *cuerpo medicable* y en función de corregir el *cuerpo corregible*. Para que ocurra lo último, es necesario que el trastorno no sólo opere como un déficit neurológico, sino que además se consideren los factores protectores (o de riesgo) y sus consecuencias en el cuerpo biológico. Esta *vertiente social* del modelo biomédico opera, ya no desde el campo de lo patológico, sino desde la promoción de la salud: instituyéndose una serie de medidas preventivas y promotoras que no tienen por objeto al cuerpo del niño, sino a los adultos responsables. Entonces, comienzan a actuar criterios de supervisión y regulación de la responsabilidad de los adultos, apareciendo la estrategia discursiva de la *vulnerabilidad*, referida a aquello que es inseguro para la promoción de la salud:

Muchos de estos niños tienen padres que no tienen herramientas para apoyarlos en la casa, aunque quieran. Y también los tiempos: los niños pasan a veces mucho solos, y esa es como la realidad, la realidad es que hay mucha vulnerabilidad. [...] entonces los niños se desbandan, pasan mucho tiempo ahí, entonces quedan a la deriva, y es solamente lo que se entrega aquí en el colegio (Profesora Segundo Ciclo Básico Escuela 1, entrevista personal, 05 de diciembre de 2011).

La cita da cuenta de cómo esta docente habla de “la vulnerabilidad” apelando a la condición de “desbandarse” y de “estar a la deriva”. Al aludir al desvío del rumbo “*desbandarse*”, se tiene un ejemplo de cómo, dentro de la escuela, lo válido es lo funcional a

las normas y reglas que actúan sobre el cuerpo, evitando que se “desbande”. Los padres que no resultan confiables para asegurar el desarrollo normalizado son invalidados del lugar de apropiación del cuerpo infantil, que pasa a ser responsabilidad de los profesores y de los profesionales especialistas al interior de la escuela:

No sé, yo soy la piedra angular en esto, no puedo ser otra... soy el que trabajo con ellos directamente, tengo más tiempo con ellos, me contacto con el equipo porque si pierdo la metodología o cambian algo y yo no lo sé, la repercusión es para el estudiante. Entonces siempre estar atento, ser lo más empático posible, con los niños, tratar de que no sobrepasen la situación, tratar de dejarlos lo mejor posible. (Profesor Primer Ciclo Básico Escuela 1, entrevista personal, 14 de diciembre de 2011).

Los apoyos legítimos son los profesionales especialistas, y los adultos que se especializaron en el “trastorno” y en el modo de hacer que lo comportamental del niño sea funcional para la escuela, esté *sujeto a lo educable*. La siguiente cita refleja cómo los padres son deslegitimados, cuando no cumplen la función de controlar el cuerpo para que sea educable:

Muchas veces los apoderados también tienen problemas de concentración, y les cuesta. En la reunión de curso yo a veces explico los contenidos, uno por uno y anoto en la pizarra anoto, como enseñándoles, y tomo como 20 minutos para eso, pero a veces el apoderado no entiende (Profesora Segundo Ciclo Básico Escuela 1, entrevista personal, 05 de diciembre de 2011).

La *vulnerabilidad* opera como argumento para justificar que los especialistas requieran de otros apoyos, cuando aquellos encargados de corregir el cuerpo *fallan*. En este sentido, la construcción del cuerpo del niño se mueve entre una concepción del cuerpo biológico como déficit y la construcción del cuerpo corregible como la interacción de lo biológico y lo social, dando lugar a las técnicas de normalización que operan promoviendo el bienestar de la institución, dando por sentado que conllevará al bienestar del niño. Estas construcciones operan instituyendo prácticas de abordaje de *gestión de la normalidad y la patología* en el sistema escolar. En los intercambios de adultos especialistas y el cuerpo disfuncional, el medicamento tiene una doble función: permitir la subsistencia educativa por medio del control de las conductas del niño, al mismo tiempo que (re)instituye la efectividad de la instrumentalidad técnica cuando los apoyos no especialistas están sujetos a cuestionamientos: es el caso de los “profesores que no les resultan las estrategias” y los “padres que no tienen herramientas”.

El cuerpo medicable: controlar lo disfuncional

El fármaco es construido como un agente normalizador, lo que tiene efectos en las prácticas y procedimientos que se instalan al interior del sistema. Para sostener la confianza de los padres y el sistema escolar en el fármaco-agente, se requiere introducir otro recurso: la evidencia científica, cuya eficacia circulatoria se justifica respecto de los criterios que lo validan como entidad clínica, independiente de las construcciones históricas y sociales en las que ha circulado:

Tú vas a intentar un tratamiento farmacológico, porque está ampliamente demostrado que el tratamiento farmacológico supera con creces otras intervenciones; psicológicas y psicopedagógicas, sociales y familiares. Ahora, el ideal ciertamente que es hacerlas todas, porque la eficacia mejora significativamente, alcanza casi el cien, el noventa y tanto por ciento. Pero el fármaco solo, mejora casi al 70% de los niños, sin otras intervenciones, sobre todo cuando se trata de un SDA puro. (Psiquiatra Hospital 2, entrevista personal, 30 de junio de 2011).

En esta cita, el discurso médico invade el campo del aprendizaje, esta vez excluyéndolo. La cita reafirma que, en cuanto a la domesticación de los cuerpos, la farmacología es la técnica más eficiente sobre la *conducta observable*, ya que “supera con creces” otras medidas. Discursivamente, lo que hace que la intervención farmacológica supere a las demás intervenciones es que asegura no controlar un cuerpo infantil sino *controlar una población infantil escolar*: es lo que permite pasar del terreno del cuerpo individual, al campo de los cuerpos disfuncionales. Esta intervención directa sobre los cuerpos infantiles permite prescindir de las garantías de calidad que ofrece la supervisión y normalización de los agentes de corrección del sistema escolar:

El tipo del inspector; porque a veces me pasaba llamando en la semana... que el J se comporta mal, que tiene que tener más respeto con los estudiantes o con los mismos compañeros. Pero después esas mismas cosas no me han llamado más; y me han dicho más que el J ha cambiado como en la personalidad de él (Apoderada Escuela 1, entrevista personal, 28 de diciembre de 2011).

Cuando los inspectores escolares no cumplen su función de control social; y cuando los padres no pueden normalizar la conducta, porque tienen el potencial de ser *vulnerables*, o de no “poseer las herramientas” para el control de la conducta, la medicina viene a instituir “el cambio de personalidad”, reconocida y validada por la escuela. Ya no se requiere “llamar al apoderado” a controlar a su hijo: el fármaco opera sobre este control. Como consecuencia, una vez que ha operado el medicamento, se pueden dar las condiciones para que opere la enseñanza:

Con el SDA influye directamente en los aprendizajes, pero yo lo que veo y me da un poco de pena decirlo, lo que más ayuda en el SDA es el medicamento: una vez que el niño está medicado, yo puedo aprender con él, puedo recién entrar a que ellos aprendan. A veces es muy difícil y en verdad, sinceramente, no tengo las herramientas para decir ‘no en verdad no lo mediquen, yo tengo las herramientas y lo voy a contener’, porque está en el centro de un curso muy diverso, entonces tengo que avanzar con el grupo y se me hace muy difícil (Profesora Primer Ciclo Básico Escuela 1, entrevista personal, 14 de diciembre de 2011).

El propósito de especializar a los padres y profesores para apoyar la subsistencia escolar es una paradoja dentro del ciclo del discurso médico sobre la escuela: se puede especializar a los profesores y a los padres para corregir, pero esto pareciera no ser eficaz en un sistema que, como se ha visto en estos resultados, necesita avanzar con urgencia y fluidez. La fluidez y la urgencia del repertorio de la objetivación requieren estrategias que permitan facilitar las condiciones de lo corregible, volviendo el cuerpo controlable.

De esta manera, la intervención farmacológica sobre el TDAH no apunta a la mejora de las condiciones de aprendizaje de un sujeto, sino a establecer las mejoras de oportunidades de enseñanza para el profesor. Si bien no da garantías de que el sujeto aprenda, asegura que el sujeto esté sujetado, prendido de la enseñanza. Una vez que el cuerpo infantil está controlado; que se ha domesticado a través de prácticas que lo integran en la escuela al enunciarlo como un cuerpo disfuncional; y que se ha vaciado el cuerpo biológico de su construcción social y cultural; es cuando el profesor puede *entrar en ese cuerpo*. En consecuencia, el dispositivo de control médico se emparenta con el dispositivo de control pedagógico, ya que en ambos predomina una construcción médico social del cuerpo infantil que deslegitima y excluye otras formas de ver y enunciar el cuerpo, y otras formas de aproximarse al *sujeto a educarse* como el *sujeto que aprende*.

Discusiones finales

Por medio de este estudio, identificamos tres RI dominantes utilizados por los participantes-actores del sistema de salud y escolar involucrados en el abordaje del TDAH. Estos RI permiten a los actores validar su condición de *responsables* en la detección, corrección y control del cuerpo infantil, que es aquel que ha sido identificado como susceptible de fracasar respecto a las demandas y exigencias escolares.

Describimos diferentes tipos de aproximaciones discursivas al TDAH. En la primera, prima una construcción del cuerpo infantil que se erige sobre la base de un discurso de lo patológico y lo normal en el contexto escolar. El trastorno es considerado como un déficit del individuo, que le impide funcionar y adaptarse a las normas escolares y que por tanto, obstaculiza la función de educabilidad de la escuela. Esta construcción permite a los profesionales y actores validarse como informantes, diagnosticadores y evaluadores de las conductas observables inadaptadas, enunciándolas como trastorno y distinguiéndolas de lo que supone un desarrollo normal del niño en la escuela; es decir, que sea educable.

Una segunda aproximación es la construcción del cuerpo infantil como corregible, lo que reorganiza una serie de acciones destinadas a apoyar la educabilidad y la subsistencia escolar. Para ello se establecen los apoyos profesionales intra y extra escolares, así como apoyos profesionalizantes para que profesores y padres puedan ser validados como colaboradores en la evaluación y el control. Esta construcción valida la creación de aparatos, técnicas e instrumentos para sospechar, detectar y controlar el cuerpo infantil disfuncional. Además, permite a los adultos establecer prescripción sobre las necesidades especiales de los cuerpos infantiles, determinando lo que se debe saber y saber hacer para transformarlos en cuerpos *educables*.

Por último, en estas interacciones entre adultos especialistas y el niño enunciado como trastorno, y frente a la falla de las que hemos denominado *ortopedias* del cuerpo corregible (padres, docentes y profesionales denominados ‘especialistas’), se construye una tercera aproximación: la construcción del cuerpo medicable. El medicamento permite la subsistencia educativa por medio del control de las conductas del niño, al mismo tiempo que reinstituye la efectividad de la instrumentalidad técnica cuando los apoyos no especialistas están sujetos a cuestionamientos: “profesores que no les resultan las estrategias” y “padres que no tienen herramientas”.

Lo que articula estos tres repertorios son los saberes y mecanismos que se ponen en juego para producir la objetivación del cuerpo infantil. Los resultados revelan que en el contexto institucional de los sistemas de salud y educación, operan prácticas que tienen por objeto ver y enunciar a ciertos cuerpos infantiles como “trastorno”, poniendo en circulación saberes respecto al cuerpo disfuncional, y mecanismos de normalización y control. Esto se realiza a través de procedimientos institucionalizados de identificación, control y tratamiento que se corresponden con la normativa que contempla el Trastorno de Déficit Atencional como Necesidad Educativa Especial de carácter Transitorio. En este sentido, coincidimos con Mónica Peña (2013) en que el Decreto 170 cumple la función de reordenar las discapacidades, utilizándose como discurso biomédico y como herramienta de gestión por medio del gobierno de las personas a través

de tecnologías que tienen efectos en los cuerpos y de poderes de normalización inherentes a la biopolítica (Peña, 2013).

Entendemos que esta configuración discursiva y práctica del abordaje del TDAH en la política educacional chilena, da cuenta de un modelo en que las necesidades educativas de las escuelas se erigen sobre la noción médica de trastorno. Desde este modelo, a las explicaciones psicológicas fundadas sobre el diagnóstico integral subyace una construcción del bienestar infantil desde una concepción del desarrollo normal. Este desarrollo normal sería aquella normatividad imperante en la escuela: lo educable es lo sano. Es así como escuela y familia asumen el control y disciplinamiento del cuerpo infantil.

Los resultados de este estudio permiten sostener que el modelo del “trastorno” permea las coordenadas de inteligibilidad de y en las prácticas de los profesionales, tanto del área de la salud como de la educación escolar. Así permeadas, dichas coordenadas construyen un cuerpo que necesita ser *identificado, corregido y controlado* para poner en circulación y extensión la objetivación del niño como trastorno. Esto, a su vez, es lo que permite la subsistencia del cuerpo disfuncional pero corregible en el sistema escolar.

Una apuesta a la transformación de esta práctica sería problematizar esta invasión del discurso biomédico en la escuela, poniendo en tensión la (re)producción de los saberes preestablecidos sobre la infancia, para dar espacio a la experiencia de pensar lo inédito del sujeto infantil. Esto requiere transformar el supuesto de asimetría natural entre los adultos y los niños (Peña et al., 2015), donde los niños son controlados y domesticados por el mundo adulto. Transformar esta asimetría implica repensar la concepción del niño como objeto del mundo adulto hacia su visibilización como sujeto.

Referencias

- Abarzúa, Mariela & González, Marta (2007). Salud mental infanto-juvenil como problemática pública. *Revista de Psicología*, 16(2), 70-95.
<http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2007.18523>
- Albano, Sergio (2003). *M. Foucault: Glosario Epistemológico*. Buenos Aires: Quadratta.
- Ander-Egg, Ezequiel (2003). *Métodos y técnicas de investigación social IV. Técnicas para la recogida de datos e información*. Buenos Aires: Lumen
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV Breviario Criterios Diagnósticos* (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5ª edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Bianchi, Eugenia (2012). Problematicando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(2), 1021-1038. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20140410070810/art.EugeniaBianchi.pdf>
- Davies, Brownyn & Harré, Rom (2007). Posicionamiento: La producción discursiva de la identidad. *Athenea Digital*, 12, 242-259. Recuperado de <http://atheneadigital.net/article/view/445/362>
- De la Barra, Flora (2009). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudio de prevalencia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47(4), 303-314. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v47n4/art07.pdf>
- De la Barra, Flora; Vicente, Benjamín; Saldivia, Sandra & Melipillán, Roberto (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 521-529. Recuperado de http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/5%20sept/2_Dra--Flora-de-la-Barra-M.-12.pdf
- Decreto Supremo 170 de la Ley 20201, del 14 de mayo del 2009. Extraído el 20 de julio del 2014 de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1012570>
- Foucault, Michel (1971). *L'ordre du discours*. París: Gallimard.
- Foucault, Michel (1975/2006). *Vigilar y Castigar: El nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- Foucault, Michel (1999/2008). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel (1984/2014). *Obras Esenciales*. Barcelona: Paidós.
- Garay, Ana; Iñiguez, Lupicinio & Martínez, Luz (2005). La perspectiva discursiva en psicología social. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 7, 105-130. Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/240/La%20perspectiva_discursiva.pdf?sequence=1
- García, Juan & Domínguez, Jana (2012). ¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)? *Evidencias en Pediatría*, 8(3). Recuperado de <http://archivos.evidenciasenpediatria.es/files/41-11713-RUTA/51Editorial.pdf>
- García, José; Grau, Claudia & Garcés, Jordi (2014). Cuestionarios TDHA para profesores: un análisis desde los criterios del DSM- IV- R y DSM-V. *Revista Española de Orientación y Psicología*, 25(1), 62-67. <http://dx.doi.org/10.5944/reop.vol.25.num.1.2014.12013>
- Herrera, Gloria (2005). Prevalencia del déficit atencional con hiperactividad en niños y niñas de 3 a 5 años de la ciudad de Chillán, Chile. *Theoria*, 14(2), 45-55. Recuperado de <http://www.ubiobio.cl/theoria/v/v15/a5.pdf>
- Iñiguez, Lupicinio (2003). El análisis del discurso en las ciencias sociales: variedades, tradiciones y prácticas. En Lupicinio Iñiguez (Ed.), *Análisis de discurso: Manual para ciencias sociales* (pp. 83-123). Barcelona: UOC.
- Iñiguez, Lupicinio & Antaki, Charles (1994). El análisis de discurso en psicología social. *Boletín de Psicología*, 44, 57-75.

- Lagos, Liza; Silva, Claudio; Rothhammer, Paula; Carrasco, Ximena; Llop, Elena; Aboitiz, Francisco & Rothhammer, Francisco (2011). Riesgo de déficit atencional/hiperactividad en escolares Aymará, Rapa-Nui y de Santiago de Chile. Posible contribución de polimorfismos genéticos del sistema dopaminérgico. *Revista Médica de Chile*, 139, 600-605. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n5/art06.pdf>
- Lavados, Pablo; Gómez, Verónica; Sawada, Midori; Chomali, Garib & Álvarez, Mónica (2003). Diagnósticos neurológicos en la atención primaria de salud en Santiago de Chile, Chile. *Revista de Neurología*, 36(6), 518-522. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3606/o060518.pdf>
- López, Verónica; Núñez, Carmen y Ceardi, Andrea (2012). Análisis de la presencia y abordaje del Trastorno de Déficit Atencional en escuelas básicas municipales en sectores de alta vulnerabilidad. Autor: Valparaíso.
- Marfán, Javiera; Castillo, Paulina; González, Roberto & Ferreira, Israel (2013). *Análisis de la implementación de los programas de integración escolar (PIE) en establecimientos que han incorporado estudiantes con necesidades educativas especiales transitorias (NEET)*. Santiago de Chile: Fundación Chile.
- Ministerio de Educación (2013). *Orientaciones técnicas para programas de integración escolar (PIE)*. Santiago de Chile: Autor. Recuperado de <http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201310081640100.orientacionesPIE2013.pdf>
- Observatorio Argentino de Drogas, Secretaría de Programación para la Prevención de la drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (2008). *La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos*. Buenos Aires: Autor. Recuperado de <http://scripts.minplan.gob.ar/octopus/archivos.php?file=4270>
- Observatorio Chileno de Políticas Educativas (2014). Reconstruir la educación pública: ¿Un desafío posible? En *Seminario: Análisis de Políticas Educativas*. Santiago de Chile, Enero 2014.
- Parens, Erik & Johnston, Josephine (2009). Facts, values and attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an update on the controversies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(1), 1-17. <http://dx.doi.org/10.1186/1753-2000-3-1>
- Peña, Mónica (2013). Análisis crítico de discurso del Decreto 170 de Subvención Diferenciada para Necesidades Educativas Especiales: El diagnóstico como herramienta de gestión. *Psicoperspectivas*, 12(2), 93-103. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/252/286>
- Peña, Mónica; Rojas, Patricio & Rojas, Sebastián (2015). ¿Cómo diagnosticar a un niño? Diagnóstico del Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad desde una perspectiva discursiva crítica. *Athenea Digital*, 15(1), 91-110. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1304>
- Sisto, Vicente (2012). Análisis de discurso y psicología: a veinte años de la revolución discursiva. *Revista de Psicología*, 21(1), 185-208. Recuperado de

<http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/19994/21157>

Urzúa, Alfonso; Domic, Marcos; Cerda, Andrea; Ramos, Mireya & Quiroz, Jael (2009). Trastorno por Déficit de Atención en niños Escolarizados. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(4), 332-338. Recuperado de

<http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v80n4/art04.pdf>

Wetherell, Margaret & Potter, Jonathan (1988/1996). El análisis de discurso y la identificación de los repertorios interpretativos. En Ángel Gordo y José Linaza (Comps.), *Psicologías, Discurso y Poder* (pp. 63-78). Madrid: Visor.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios . Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)