

La medicalización del fracaso escolar en Francia. Una forma contemporánea de etiquetaje de los alumnos con dificultades escolares

The medicalization of school failure in France. A contemporary way of labelling pupils with learning difficulties

Stanislas Morel¹

Resumen

El etiquetaje de alumnos con dificultades escolares en la escuela primaria francesa puede ser analizado como una negociación entre varios tipos de profesionales, procedentes de distintos horizontes, y que pueden mantener intereses divergentes. Entre ellos, los profesionales de la salud ocupan una posición central, lo que conduce a un proceso de medicalización del fracaso escolar. En un contexto en el que los maestros son presionados para integrar a las familias en la toma de decisiones escolares, se debe también tener en cuenta que los padres tienen un papel cada vez más activo en la definición de los problemas escolares de sus hijos. Este artículo se propone analizar las negociaciones y tensiones que rodean al etiquetaje de niños con dificultades escolares entre profesionales de la salud, profesores y padres. Intenta también exponer las nuevas desigualdades escolares que se dan entre las familias implicadas, en función de sus capacidades distintas de moverse en el entramado de diagnósticos y profesionales..

Palabras clave

Etiquetaje, escuela primaria, fracaso escolar, medicalización, desigualdades escolares.

Abstract

The labeling of students with school difficulties in French primary school can be analyzed as a negotiation between various types of professionals, coming from different backgrounds, and who can hold divergent interests. Among them, health professionals occupy a central position, which leads to a medicalization of school failure. In a context in which teachers are pressured to join families in school decision-making, parents have an increasing role in defining the school problems of their children. This paper intends to analyze how the labeling of children with school problems is negotiated between healthcare professionals, teachers and parents. It also discusses the new school inequalities that occur among parents, according to their ability to move into the complex network of healthcare facilities and providers.

Keywords

Labeling, primary school, school failure, medicalization, educational inequalities.

Recibido: 15-07-2015
Aceptado: 15-09-2015

1 Stanislas Morel, Maître de conférences en la Universidad de Saint-Étienne (Francia); stanislas.morel@univ-st-etienne.fr,

Todos los estudios etiológicos sobre el fracaso escolar logran, en el 90% de los niños afectados, identificar una causa médico-psicológica específica: hiperactividad, dislexia, trastorno desafiante oposicional, depresión, ansiedad.

Gabriel Wahl².

El proceso de etiquetaje de los alumnos suele ser estudiado en el contexto escolar. Generalmente se analiza, tanto la construcción y uso de categorías de juicio profesoral en función de ciertas características de los alumnos (Bourdieu, Saint-Martin, 1975) o de tipos de interacciones en clase (Becker, 1952; Rist, 1977), como los efectos de estas categorizaciones sobre las prácticas pedagógicas (Rochex y Crinon, 2012), sobre las expectativas de los profesores, o las decisiones de orientación (André, 2012). Sin embargo, en nuestros días estos procesos de etiquetaje, aun más cuando se trata de alumnos con dificultades escolares, se construyen en parte fuera del marco escolar. Así, desde hace más de veinte años, asistimos en Francia, sobre todo en la escuela primaria, a una multiplicación del recurso a diagnósticos y tratamientos médico-psicológicos para interpretar el problema del fracaso escolar. Las dificultades escolares del alumnado son cada vez más imputadas a trastornos como dislexia, disortografía, discalculia, dispraxia, disfasia, trastorno de la atención con/sin hiperactividad, precocidad intelectual, fobia escolar, ansiedad, depresión, etc. Al mismo tiempo, los profesionales de la salud son cada vez más consultados para solucionar problemas escolares. Su contribución al proceso de etiquetaje se convierte a menudo en decisiva.

Tras presentar los grandes rasgos de esta medicalización sin precedentes del fracaso escolar, aquí analizaremos detenidamente el proceso de construcción del etiquetaje médico, examinando el papel desempeñado, tanto por los profesionales de la salud y de la enseñanza, como por los padres. Si, en algunos casos, asistimos a un proceso simple y corto que conduce a un diagnóstico y una repuesta aceptada por todas las partes implicadas, es muy frecuente que la medicalización genere desacuerdos e incluso conflictos entre los profesionales de la salud, los profesores y los padres. Frecuentemente estos últimos aprovecharán el carácter no unificado del mercado de repuestas al fracaso escolar, para imponerse como árbitros, o para movilizar unas interpretaciones frente a otras. La capacidad de los padres para influir en el diagnóstico y en la implementación de medidas pedagógicas favorables a sus hijos varía mucho en función de recursos económicos o culturales desigualmente distribuidos, no obstante. Los padres de clases medias y superiores logran frecuentemente evitar algunos diagnósticos que estigmatizan al alumno y reducen mucho sus posibilidades de éxito escolar. En cambio, los padres de clases populares sufren más la imposición de estos diagnósticos y la orientación de sus hijos hacia clases especiales con pocas expectativas de éxito. En consecuencia, el análisis de la medicalización resultaría incompleto si no atiende a la relación entre este tipo de etiquetaje y la emergencia de nuevas desigualdades entre el socialmente diferenciado colectivo de padres con menores en dificultades escolares.

Metodológicamente, este artículo está basado en una investigación histórica sobre la construcción del fracaso escolar hasta convertirse en problema social en Francia, analizando las distintas repuestas elaboradas a lo largo del tiempo. Nos apoyamos también en una investigación etnográfica de larga duración (2005-2009) en diferentes establecimientos que acogen alumnos con dificultades escolares: una escuela primaria, un centro médico-psico-pedagógico, y un servicio hospitalario especializado en los trastornos específicos del aprendizaje. Para completar las observaciones, hicimos entrevistas (n=35) a profesionales

² Gabriel Wahl, «Pédopsychiatres et échec scolaire», *Le quotidien du médecin*, 15 décembre 2005.

de enseñanza y salud, así como a madres y padres con menores en dificultades escolares, localizados en las varias de las instituciones de la investigación y procedentes de diferentes clases sociales³.

Una medicalización del fracaso escolar sin precedentes

No se puede entender los efectos actuales de la medicalización del fracaso escolar en los procesos de etiquetaje de los alumnos con dificultades escolares sin conocer las principales características del fenómeno en Francia. Y para ello es preciso en primer lugar caracterizar las formas contemporáneas de medicalización.

Un fenómeno antiguo

Hace mucho que se recurre a diagnósticos médico-psicológicos para interpretar las dificultades escolares de algunos alumnos. Los historiadores sitúan la emergencia del fenómeno en Francia en el último cuarto del siglo XIX y al principio del siglo XX (Pinell y Zafropoulos, 1983; Vial, 1990), momento en que psicopedagogos como Alfred Binet y psiquiatras como Désiré Magloire Bourneville, quien dirige el famoso servicio hospitalario para niños discapacitados del hospital del Kremlin-Bicêtre, compiten por imponer sus respectivas maneras de medir, diagnosticar y tratar los problemas de aprendizaje de ciertos alumnos. En esos años, además, se crean las primeras clases especiales en el seno de las escuelas (*classes de perfectionnement*). Este enfoque médico del fracaso escolar se desarrolla lentamente durante la primera mitad del siglo XX. Sin embargo, tiene pocos efectos en términos de creación de redes de instituciones o dispositivos susceptibles de concretizar la medicalización. En cambio, tras la segunda guerra mundial, la medicalización del fracaso escolar va ampliándose, favorecida por el desarrollo de la psiquiatría (organicista y psicoanalítica), así como por el establecimiento de una política pública en favor de los niños “inadaptados” (Chauvière, 1981). Muchas instituciones médico-psico-pedagógicas dirigidas por médicos, así como clases especiales dentro de las escuelas, se crearán entonces para acoger a los niños “inadaptados”, percibidos como incapaces de obtener provecho de la escolarización en clases “normales”. Este proceso de medicalización culmina en los setenta. En estos años, a pesar de las recurrentes críticas que ya entonces denuncian la medicalización excesiva del fracaso escolar, casi el 10% de los alumnos, la mayor parte procedentes de clases populares, son escolarizados, dentro o fuera de las escuelas, en clases especiales supervisadas en distintos grados por médicos. Este movimiento de medicalización y de escolarización en clases o establecimientos especiales disminuye cuando, desde mitad de los setenta, se impone el nuevo paradigma de la “integración” (y después de la “inclusión”), el cual privilegia la escolarización de los niños “inadaptados” o “discapacitados” en clases normales. También en este periodo, las políticas de lucha contra el fracaso escolar, principalmente basadas en las aportaciones de la ciencias sociales, son sobre todo políticas de discriminación positiva dirigidas prioritariamente a los alumnos procedentes de entornos socialmente desfavorecidos (Rochex, 2010).

El reciente advenimiento de las neurociencias cognitivas

A partir de los años noventa, asistimos en Francia a un nuevo brote de medicalización del fracaso escolar, el cual tiene varias explicaciones. Arraiga, en primer lugar, como producto de las transformaciones de los campos científico y médico bajo el impulso de las neurociencias cognitivas. Los diversos especialistas del cerebro (biólogos, neurólogos, neuropediatras, psiquiatras, neuropsicólogos, investigadores en psicología cognitiva, lingüistas, especialistas en inteligencia artificial o en imaginación cerebral, etc.) imponen progresivamente los resultados de sus numerosos trabajos de investigación sobre los “trastornos específicos del aprendizaje”: dislexia, disortografía, discalculia, disfasia, dispraxia, déficit de atención con o sin hiperactividad, precocidad intelectual, etc. La mayoría de esos trastornos

³ Para una presentación más detallada de la metodología, véase Morel, 2014.

no son nuevos. Ya en el año 1963, dos psicólogos franceses, Roger y Arlette Mucchielli, escribían un libro titulado *La dislexia, enfermedad del siglo*. Sin embargo, el cambio principal a partir de los noventa se sitúa en el modo de administración de la prueba. Actualmente, la existencia de estos trastornos y sus efectos sobre los aprendizajes resultan observados mediante experiencias de laboratorio de los psicólogos cognitivistas y, especialmente, mediante la observación que sobre el nivel de desarrollo y funcionamiento del cerebro permitirá la imaginería cerebral. Los estudios epidemiológicos afirman que entre el 10 y 20 por ciento de los niños padecen de trastornos específicos del aprendizaje de origen neurológico. Una cuestión importante es que estos trastornos son “específicos” en la medida en que solo afectan un proceso cognitivo (por ejemplo la ortografía en el caso de la disortografía). El resto de capacidades cognitivas siguen considerándose no afectadas. De este modo, a diferencia de los niños intelectualmente deficientes, aquellos niños que padecen trastornos específicos del comportamiento no se contemplarían como abocados al fracaso escolar.

TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL APRENDIZAJE

Trastornos	Síntomas	Prevalencia ⁴
Dislexia	Dificultades en el aprendizaje del lenguaje escrito (lectura/escritura)	Entre 4 y 11 % (Habib, 2014)
Disortografía	Dificultades en el aprendizaje de la ortografía (no necesariamente vinculadas a dificultades en lectura)	Datos no disponibles
Disfasia	Dificultades en la adquisición del lenguaje oral	Entre 1 y 2 % (Ringard, 2000)
Discalculia	Dificultades en el aprendizaje de las matemáticas	Entre 3 y 6 % (INSERM, 2007)
Dispraxia	Alteración de las habilidades motoras	Entre 5 y 7 % (INSERM, 2007)
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	Trastorno del comportamiento caracterizado por distracción moderada a grave, períodos de atención breve, inquietud motora, inestabilidad emocional y conductas impulsiva	Entre 3 y 7 % (DSM IV)

Por otra parte, las neurociencias cognitivas, protegiéndose contra las habituales críticas de reduccionismo biológico, han logrado reconocimiento como ciencia abierta y asimiladora que presta una atención sostenida a factores sociales. Incluso se han desarrollado neurociencias sociales que pretenden poner en evidencia la intrincación entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Las neurociencias se han, así, impuesto como una disciplina que relega las cuestiones ontológicas (¿Cuál es la causa principal del fracaso escolar?) a un segundo plano, adoptando una actitud pragmática, presentándose como liberada de contenido ideológico o político, y cuyo objetivo es contribuir a solucionar problemas sociales, como el fracaso escolar. Así, al tiempo que se ha profundizado en los conocimientos sobre los trastornos específicos del aprendizaje (Dehaene, 2007), se han multiplicado las sugerencias prácticas o las aplicaciones pedagógicas derivadas de las experiencias en laboratorio (Dehaene, 2011). Gradualmente los científicos han conseguido difundir la idea de que se puede llegar a una pedagogía basada en las ciencias experimentales extensible, no solo a quienes padecen de trastornos del aprendizaje, sino

4 Dado que los alumnos pueden tener varios trastornos, no se puede evaluar el número de niños que padecen un trastorno de aprendizaje sumando las tasas de prevalencia. Sin embargo, estas cifras ponen en evidencia que la medicalización del fracaso escolar a través de estas categorías diagnósticas abarca a una gran cantidad de niños. Así, la medicalización ya no se ve solo movilizadora como explicación válida para casos aislados, sino como interpretación válida para una parte significativa de los casos de fracaso escolar (aproximadamente entre el 10 y el 20%).

también a los alumnos “normales”. Cabe también subrayar que, tanto la acción experimental de las neurociencias como la atención particular que dedican a los procesos de evaluación “científica” de sus intervenciones pedagógicas (*evidence-based* educación, cf. Davies, 1999), sintonizan con las exigencias actuales de “racionalización” de las políticas públicas impulsadas por la “nueva gestión pública”.

Medicalización y redefinición del fracaso escolar

La medicalización creciente también se ve influida por la redefinición del fracaso escolar en Francia en los años noventa, una vez se publican los resultados de los tests de evaluación y medición de conocimientos y competencias internacionales (particularmente los de PISA –Programa Internacional para la Evaluación de los Estudiante–). Según estas pruebas, el sistema educativo francés fomenta la desigualdad. Si los “mejores” alumnos tienen buenos resultados en las pruebas de PISA, los “malos” tienen un nivel muy débil que va bajando en las sucesivas encuestas. Además, la diferencia entre los alumnos del primer decil y los de los dos últimos deciles tiende a aumentar. Por otra parte, las encuestas longitudinales muestran que los niños que salen del sistema educativo sin ningún título escolar (criterio actualmente elegido para definir el fracaso escolar al nivel europeo) ya reunían dificultades al comenzar la escuela primaria. Así, el fracaso escolar tendría sus raíces en los aprendizajes deficientes de algunos alumnos en las competencias básicas (lectura, escritura, aritmética), aprendizajes cruciales de los que depende la continuación de los estudios. En consecuencia, el objetivo prioritario de las políticas educativas en los últimos quince años ha sido la mejora del dominio de las competencias básicas, especialmente por los alumnos los más débiles.

Esta importancia asignada al aprendizaje de las competencias básicas en educación preescolar y primaria, como base para evitar el fracaso escolar, ha colocado en primer plano las interpretaciones del fracaso escolar producidas por los especialistas de la psicología cognitiva y de las neurociencias. Primero, porque la psicología y las biociencias son las disciplinas más desplegadas para identificar e interpretar los problemas de los niños pequeños, recurriéndose más a las explicaciones de las ciencias sociales en el caso de los adolescentes (Lignier, 2015). Segundo, porque desde hace mucho las neurociencias cognitivas se han dedicado explícitamente a analizar en detalle los procesos cognitivos implicados en los aprendizajes básicos de la lectura, de la escritura o del cálculo, así como a proponer y difundir métodos pedagógicos inspirados en sus trabajos de investigación. Hoy, estos especialistas están considerados como los expertos legítimos por las instituciones públicas donde se deciden las orientaciones de las políticas educativas. Las crecientes referencias a este tipo de enfoque cognitivista ha también conducido a la difusión de la categoría diagnóstica de “trastornos específicos del aprendizaje”. Hoy en día, es ampliamente admitido en las esferas del poder que las neurociencias cognitivas han puesto en evidencia métodos pedagógicos “universales” (cuya eficiencia para la gran mayoría de los alumnos estaría experimentalmente demostrada), así como la existencia de alumnos que sufren trastornos para los cuales es necesario proponer adaptaciones pedagógicas y, en el caso de los niños hiperactivos, tratamiento farmacéutico. Esta diferenciación pedagógica entre alumnos quienes padecen de trastornos y alumnos normales permitiría mejorar mucho la situación de los 10 a 20 por ciento de los alumnos con fracaso escolar en primaria. Por lo tanto, las instrucciones oficiales del ministerio de Educación aconsejan que todos los alumnos con dificultades persistentes en el aprendizaje de las competencias básicas consulten a un especialista (médico, psicólogo, logopeda) con capacidad de detectar los trastornos –y subtipos de trastornos– específicos del aprendizaje⁵, así como con capacidad

5 Estos especialistas deben estar en capacidad, a partir de exámenes, de distinguir las dificultades procedentes de carencias sociales y las que son imputables a trastornos cognitivos.

de proponer remedios adaptados (dentro y/o fuera de la escuela) a la situación cognitiva particular del alumno. Muchos dispositivos han sido creados en las escuelas para institucionalizar la individualización de la ayuda a niños con dificultades. Esto ha conducido al fortalecimiento, en el profesorado, de representaciones divididas del fracaso escolar (de un lado los alumnos “normales” y de otro lado los que tienen trastornos que no se pueden solucionar sin pedagogía especializada). También ha llevado a la multiplicación del recurso a profesionales de la salud para los alumnos con más dificultades. El auge de estos recursos es palmario por ejemplo en el caso de los logopedas. Esta profesión tenía al principio de los años setenta menos de quinientos miembros en Francia. Hoy hay más de 22 000 logopedas que se dedican principalmente a problemas escolares y, a pesar de esta explosión demográfica, es muy difícil conseguir citas. De igual manera, los establecimientos médico-psico-pedagógicos⁶ que suelen acoger niños con dificultades escolares no pueden responder a la demanda creciente. A menudo hay que esperar más de seis meses para la primera cita.

Esta nueva ola de medicalización del fracaso escolar se suma al recurso masivo, ya antiguo en Francia, a psiquiatras y psicólogos (la mayor parte de orientación psicoanalítica o sistémica) para todos los niños cuyas dificultades son imputadas a problemas psico-emocionales (fobia escolar, depresión, ansiedad, falta de autoestima, conducta desviante, etc. —cf. Pinell y Zafropoulos, 1983; Morel, 2012—). Si bien el desarrollo de las neurociencias cognitivas ha coincidido con el relativo declive de las explicaciones del fracaso escolar procedentes del psicoanálisis, no hay sin embargo que pensar que las neurociencias han reducido a cero la influencia de sus competidores. Así, las instituciones y los profesionales que se inspiran del psicoanálisis para interpretar las dificultades escolares y para proponer remedios siguen siendo muy numerosos y potentes en Francia. A lo que asistimos más bien es a la constitución de un campo de los remedios médico-psicológicos del fracaso escolar no unificado, aunque crecientemente dominado por las neurociencias cognitivas. Este carácter no unificado, como veremos, es muy importante para entender los distintos modos de conformación de procesos de etiquetaje médico-psicológico.

En definitiva, el espectro de interpretaciones y soluciones médico-psicológicas se ha ampliado durante las últimas décadas. El recurso a profesionales de la salud para identificar y resolver dificultades escolares se ha intensificado. Por lo menos en primaria, la experiencia del fracaso escolar es cada vez más estrechamente y banalmente vinculada a contactos con el entorno médico-psicológico. En otras palabras, el alumno de primaria con dificultades escolares serias y persistentes suele entrar en una “carrera” de paciente.

Modalidades de los etiquetajes médico-psicológicos

Como consecuencia de la preocupación creciente de los padres por los resultados escolares de sus hijos, y de la difusión entre los maestros de actitudes que priorizan la prevención del fracaso escolar desde las primeras clases de educación preescolar o primaria, el proceso de identificación de los alumnos con dificultades escolares se inicia cada vez más temprano en Francia. Muchos padres, sobre todo de clase media o superior, se movilizan por iniciativa propia al sospechar de algún retraso de desarrollo o dificultad de aprendizaje en algún hijo. Las comparaciones intrafamiliares entre el ritmo respectivo del desarrollo motor, mental o emocional de los hermanos, pueden generar inquietudes. Cuando el niño está escolarizado, los padres suelen consultar los profesores para pedirles su opinión sobre las supuestas dificultades. Ocurre también a menudo que son los maestros quienes citan a los padres para informales de los problemas que su niño encuentra

⁶ En Francia, establecimientos como los *Centres médico-psycho-pédagogiques*, *Centres médico-psychologiques* o *Centre d'action médico-sociale précoce* acogen cada año entre 200 000 y 300 000 niños (por la mayor parte escolarizados en primaria), muchos de ellos enviados para solucionar dificultades escolares.

en la escuela. Tanto padres como profesores se plantean dos cuestiones. La primera tiene que ver con el momento en el que es pertinente alarmarse por las dificultades del niño. La segunda se refiere a las causas de las dificultades, y al tipo de intervención susceptible de solucionarlas. Generalmente, estas movilizaciones parentales o profesoriales en favor del niño se producen de manera muy precoz, materializándose en numerosos casos en la consulta de profesionales de salud. Desde nuestra perspectiva, cabe estudiar qué efectos tienen estas consultas sobre un eventual proceso de etiquetaje médico de los niños.

Tipos de dificultades y tipo de etiquetaje

Las manifestaciones de las dificultades escolares son muy diferentes de un caso a otro. Los maestros distinguen las dificultades comportamentales (alumnos bulliciosos o, al contrario, introvertidos) de las dificultades cognitivas (problemas en los aprendizajes). Las primeras suelen ser interpretadas por los maestros como consecuencia de disfuncionalidades educativas o afectivas en el entorno familiar ajenas a sus competencias. Aunque los profesores identifiquen a menudo las causas sociales de estas desviaciones comportamentales, tienden a pensar que los psicólogos/psiquiatras son los especialistas más cualificados para tratar este tipo de problemas comportamentales (Morel, 2012). Sin embargo, este etiquetaje psicológico, muy frecuente en educación preescolar, es delicado porque frecuentemente puede ser mal percibido por numerosos padres. Bien, porque piensan que se les responsabiliza de un problema del cual el responsable sería la escuela. Bien, porque consideran este etiquetaje como estigmatizante (los psicólogos siguen, aunque menos que antes, siendo asociados a la locura). Para evitar conflictos, los maestros desarrollan estrategias que consisten a delegar la consulta con los padres a maestros especializados que suelen ocuparse de alumnos con dificultades. En caso de no haberlos, los maestros tienden a limitarse a recomendar la consulta de un “psi” de forma más o menos abierta según la reacción esperada de los padres.

También las dificultades de aprendizaje persistentes pueden ser interpretadas por los maestros como hecho que necesita la intervención de un profesional de la salud (logopedas principalmente). Ello sucede sobre todo cuando las dificultades no se perciben vinculadas a desviaciones comportamentales. En caso de que así sea la dimensión comportamental –y psicológica– se impone a menudo a la cognitiva. Sin embargo, hay que diferenciar dos tipos de situaciones. En la primera, los maestros, expuestos a alumnos con nivel escolar relativamente bajo y/o dificultades específicas (problemas de articulación, de ortografía, de grafismo, de segmentación de frases, de pobreza de vocabulario, etc.), adoptan una actitud preventiva y suelen aconsejar la consulta de un logopeda a aquellos padres que todavía no la han hecho por iniciativa propia. Más que profesionales de la salud, los logopedas⁷ son percibidos por los maestros como especialistas del lenguaje que cumplen la misma función que los maestros especializados⁸ y son capaces de proponer formas individualizadas y especializadas de ayuda escolar. En consecuencia, la consulta de una logopeda, hecho muy banal en Francia⁹, no implica en la mayoría de los casos ni riesgo de desviación, ni etiquetaje médico. Solo los alumnos con dificultades “graves” de aprendizaje (los “peores”, o aquellos para quienes se sospecha algo “anormal”) son considerados como posibles experimentadores de un trastorno del aprendizaje. Este tipo de etiquetaje ha aumentado desde que el ministerio de la Educación ha multiplicado los programas de sensibilización a los trastornos del aprendizaje dirigidos a los profesores. Para estos niños, la medicalización se traduce en la búsqueda de un etiquetaje médico (deficiencia intelectual, trastorno del aprendizaje, etc.) que

7 Las intervenciones de las logopedas en Francia necesitan prescripciones médicas y son pagadas por la seguridad social.

8 El recurso a las logopedas se intensificó cuando, en 2008, el gobierno francés decidió suprimir muchos puestos de maestros especializados.

9 En las escuelas observadas, más de un tercio de los alumnos consultaba o había consultado a una logopeda.

permita explicar las dificultades escolares y definir el tipo de remedio adecuado en colaboración con los profesionales de la salud. Se traduce también a menudo en el reconocimiento de una discapacidad del niño, en el establecimiento de un dispositivo específico de ayuda dentro de las escuelas y, a veces, en la obtención de recursos suplementarios (humanos o técnicos) que facilitan los aprendizajes del alumno y el trabajo del maestro.

La tendencia de los maestros a recurrir a profesionales de la salud se ha reforzado desde que la ley del 2005 (llamada de “inclusión”) obliga a las escuelas públicas a escolarizar a todos los niños (incluso a los discapacitados), así como desde que los maestros están acostumbrados a buscar en el etiquetaje médico soluciones que permiten, por un lado, ayudar a alumnos percibidos como muy desajustados al marco escolar y, por otro lado, aliviar su propia carga de trabajo (la integración de niños considerados por los maestros como “incontrolables” ha sido al origen de una degradación de las condiciones de trabajo del profesorado y de experiencias profesionales traumatizantes). Hoy en día, el “buen” profesor, tal como suele ser definido por la institución, es el que, sin abandonar su acción pedagógica, es capaz también de señalar rápidamente a los alumnos con dificultades escolares a los especialistas del fracaso (definidos como “colaboradores”), entre los cuales los profesionales de la salud ocupan una plaza central. La inclusión de niños discapacitados en clases normales también ha contribuido a que los profesores conozcan mejor las redes de profesionales de la salud que ejercen en las proximidades de su lugar de trabajo con los cuales colaborar, así como a la familiarización de los docentes con el tipo de resolución del fracaso que cada profesional propone. Esta socialización creciente de los docentes en el entorno médico ha facilitado el aumento del recurso a profesionales de salud por parte de los maestros.

Aunque la medicalización del fracaso escolar se ha difundido en la gran mayoría de las escuelas, ésta varía sin embargo en intensidad en función de los contextos. Suele estar más desarrollada en las zonas urbanas donde, a diferencia de en las zonas rurales, hay más profesionales de salud y más establecimientos médico-psico-pedagógicos. La penetración de la medicalización varía también según el grado de familiarización de los maestros y padres con las explicaciones medicas del fracaso escolar. La medicalización finalmente también se ve condicionada por la acción de los profesionales de la salud que puedan ejercer dentro de las escuelas (médico, enfermeras, psicólogos escolares). Estos profesionales pueden, tanto fomentar la medicalización como frenarla cuando consideran que los maestros recurren de manera exagerada a explicaciones medicas de las dificultades escolares.

Construcciones problemáticas y conflictivas del etiquetaje

En algunos casos, el etiquetaje médico de las dificultades escolares se lleva a cabo bajo el entendimiento entre los diferentes protagonistas implicados (padres, profesores, profesionales de la salud). Pero, a menudo, se trata de un proceso largo que genera varias confrontaciones entre ellos. En estos casos, el etiquetaje médico genera conflictos y pone en evidencia las divergencias de intereses entre quienes participan en el proceso.

En primer lugar, se observan divergencias en la esfera médica. Teniendo en cuenta que el mundo médico está muy dividido en cuanto al origen de las dificultades escolares, no es sorprendente que coexistan diagnósticos diferentes. Como hemos observado, suele ocurrir que un niño vea sus dificultades imputadas simultáneamente o sucesivamente a problemas psicoafectivos o a trastornos del aprendizaje de origen neurológico. Por ejemplo, un niño considerado como psicótico por el psiquiatra de orientación psicoanalítica que ejerce en un centro médico-psico-pedagógico puede, en cambio, ser diagnosticado como difásico por un pediatra en un servicio hospitalario especializado en los trastor-

nos específicos del aprendizaje. Estas situaciones revelan que el proceso de etiquetaje médico puede ser algo caótico, con muchas redefiniciones del caso.

En segundo lugar, existen divergencias entre profesionales de la salud y profesores. Estos últimos consideran a veces que el etiquetaje médico no corresponde a sus propias representaciones de las dificultades del alumno. Así, un maestro que ha aconsejado a una familia una consulta psicológica para solucionar los problemas de comportamiento de su niño, puede terminar desconcertado e irritado una vez el psiquiatra le contesta que este niño no padece de ningún trastorno psicológico, y que su actitud se explica por problemáticas escolares. Los maestros pueden también ser reacios a los diagnósticos que les imponen una sobrecarga de trabajo. Es por ejemplo lo que sucede cuando médicos o logopedas solicitan al maestro, ante un caso de un alumno disléxico, adaptaciones pedagógicas que exigen de los docentes un trabajo suplementario de preparación de la clase (preparando ejercicios especiales, haciendo fotocopias o grabando la clase en un dictáfono). Algo similar ocurre cuando un médico se opone a la derivación a una clase especial de un niño al cual, sin embargo, los profesores consideran como incontrolable en clase. En la misma medida, los profesionales de la salud pueden molestarse al tener la impresión que se les impone problemáticas y categorías escolares que les desvían de su función principal. Por ejemplo, los logopedas se quejan a menudo de que se les considera como especialistas del apoyo escolar, y no como paramédicos. Estas divergencias ponen en evidencia luchas profesionales entre las distintas profesiones (o segmentos de profesiones) que ejercen o se ven vinculados en el sector de la educación.

Por último, el proceso de etiquetaje médico suele ser motivo frecuente de conflictos entre los padres del niño con dificultades escolares y los profesionales de la salud o de la enseñanza. Este es uno de los aspectos de mayor interés sociológico en cuanto al proceso de etiquetaje, en el cual conviene profundizar. Si bien la literatura sociológica presta mucha atención a los desviados y a los productores de etiquetaje (profesionales, responsables políticos, emprendedores morales, etc.), no disponemos de muchos estudios sobre la contribución específica de los padres al proceso de etiquetaje de niños o adolescentes. Durante mucho tiempo, la medicalización ha sido analizada por las ciencias sociales como un proceso de control social de la población, sobretodo de las clases populares, impulsado por el Estado o sus representantes—médicos, psicólogos—implicados por ejemplo en las políticas de higiene pública (Foucault, 1988, 2003; Donzelot, 1977). En esta perspectiva, la medicalización del fracaso escolar suele ser interpretada como un intento de normalización de los comportamientos desviados de los niños en el marco escolar o en instituciones especializadas y, a través ello, de normalización de sus familias, percibidas como al origen de las desviaciones de sus vástagos. Por lo tanto, en esta perspectiva, los padres son etiquetados a través de sus niños. Sin embargo, la difusión de los saberes médico-psicológicos fuera de su entorno médico original (Castel, 1981), así como su apropiación relativa por los profanos, conducen a revisar esta interpretación monolítica de la medicalización y a hacer hincapié en la contribución activa de las familias a este proceso (Eideliman, 2008). Estas no son únicamente etiquetadas a través de sus niños, sino que contribuyen a la construcción del etiquetaje médico, eligiendo o rechazando diagnósticos.

Las diferencias de puntos de vista entre padres y profesionales en cuanto a la naturaleza de las dificultades, y la manera idónea de remediarlas, tienen una dimensión estructural. Si se les niega a los padres la capacidad de comprender de manera objetiva las dificultades de su hijo no solo es porque se considera que no tienen los conocimientos profesionales necesarios, sino porque el carácter estrecho del vínculo que les une a su hijo les colocaría en posición de ser jueces y partes, y les impediría tener

lucidez. Además, ocurre a menudo que, debido a la proximidad entre padres e hijos, los profesionales consideran que son las disfuncionalidades de los padres las que fomentan las dificultades de los niños. En este caso el niño sería el síntoma de las dificultades de los padres. Así, incluso si relativizáramos este aspecto, no se puede negar que el etiquetaje médico del niño es también el etiquetaje de los padres, cuyas relaciones o actitudes educativas son cuestionadas. A la hipótesis de una proximidad patógena con su niño, los padres intentan oponer, frecuentemente en vano, la falta de sensibilidad y de discernimiento de los profesionales, quienes, al tener un conocimiento superficial del niño, no entenderían sus dificultades específicas.

Sin embargo, los padres no están totalmente desprovistos de recursos en la construcción del etiquetaje médico. El carácter no unificado de los diagnósticos médicos y, de manera más general, de los etiquetajes de los niños con dificultades en el marco escolar, les da opciones. Si unos padres se sienten desamparados ante la multiplicación de diagnósticos, otros pueden aprovechar dicha situación para desempeñar un papel activo en el proceso de etiquetaje. Lejos de contentarse de un diagnóstico que no les conviene, estos padres no dudan en consultar a muchos especialistas, aprenden a descifrar las divergencias entre ellos y, formando su propia opinión, se comportan como consumidores informados en un mercado que conocen cada vez mejor. Aprovechando la pluralidad de ofertas, son entonces capaces de elegir entre varias opciones.

Para los padres, todos los diagnósticos no tienen el mismo valor. Por ejemplo, el diagnóstico de deficiencia intelectual deja poca esperanza escolar y la imputación de las dificultades del alumno a problemas psico-afectivos tiende a ser percibida como culpabilizante. Por el contrario, el diagnóstico de “trastorno específico del aprendizaje”, ya que preserva la inteligencia del niño, desemboca en adaptaciones pedagógicas que eximen de responsabilidad y resultan menos estigmatizantes para los padres. No extraña por tanto que buena parte de los padres entrevistados se hayan a menudo opuesto a las interpretaciones psicológicas de las dificultades de su niño, arguyendo la existencia de otro diagnóstico de trastorno específico de aprendizaje.

Al constituir frecuentemente un etiquetaje alternativo a los de los profesores, los diagnósticos médicos son también utilizados por los padres para cuestionar las categorías de entendimiento profesoral (Lignier, 2012, García, 2013). En estos casos, se trata de modificar las representaciones que los maestros tienen del niño y de sus dificultades. Apoyándose en los diagnósticos médicos, los padres intentan por ejemplo impugnar los discursos profesorales que imputan las dificultades del alumno a una falta de trabajo, de motivación, o a problemas intrafamiliares. Tratan, así, de fomentar una percepción más comprensiva que reconozca la existencia de dificultades reales independientes de la personalidad de niño y/o los padres. El etiquetaje médico permite también a los padres obligar a los profesores a poner en marcha adaptaciones pedagógicas, así como para oponerse a consejos de orientación hacia clases especiales percibidas como itinerarios relegados socialmente. La inversión de las relaciones de poder entre padres apoyados por diagnósticos y maestros se produce, por tanto, como consecuencia de la ampliación de los “circuitos de legitimación” de los que disponen los padres a la hora de la interpretación de las causas de los casos frente a la definición que sostienen de éstos los maestros. Al apoyarse, en vez de en la mera vinculación familiar, en los diagnósticos de profesionales de la salud, las reivindicaciones de los padres no pueden ya ser descalificadas debido a su carácter profano y parcial. No obstante, la eficacia de este tipo de estrategia descansa en una jerarquía profesional: el maestro acepta el diagnóstico del médico, quien se beneficia de un estatuto socialmente más valorado. La situación inversa es muy improbable.

Nuevas desigualdades escolares entre padres de niños con dificultades escolares

Hasta ahora hemos considerado a los padres como un grupo homogéneo cuya identidad está basada en intereses propios y en una posición específica (diferente de la de los profesionales) en la configuración del proceso de etiquetaje de los niños con dificultades escolares. Sin embargo, cabe añadir que la participación de los padres al proceso de etiquetaje supone recursos económicos y culturales desigualmente distribuidos y que, por tanto, es preciso introducir diferencias en este grupo.

Los usos sociales de los diagnósticos médico-psicológicos

Los defensores del enfoque médico-psicológico del fracaso escolar suelen tener una percepción abstracta y teórica del fenómeno: unos alumnos sufren de trastornos y profesionales de la salud los identifican y solucionan. Esta percepción no tiene en cuenta que el proceso de medicalización es una construcción en la cual intervienen muchos factores sociales.

En primer lugar, hay que subrayar que los diagnósticos no se distribuyen al azar. Como la formulación de un diagnóstico de trastorno específico de aprendizaje de origen neurológico supone que haya sido eliminada toda posibilidad que las dificultades del alumno sean debidas a los factores sociales que también pueden influir en los aprendizajes (nivel sociocultural insuficiente o problemas debidos a formas de multilingüismo), los profesores, incluso los especialistas, tienden a identificar a más disléxicos entre los niños procedentes de clase media o superior¹⁰. En cuantos a los alumnos procedentes de medios desfavorecidos, sus dificultades escolares resultan más habitualmente interpretadas como consecuencia de los desordenes afectivos o intelectuales causados por disfuncionalidades educativas en las familias. Este reparto de los diagnósticos no es anecdótico. Como veíamos, todos los diagnósticos no tienen la misma “rentabilidad” en el mercado escolar: el diagnóstico de trastorno específico del aprendizaje concita más expectativas y repuestas escolares por parte de los profesores que el de debilidad intelectual o de alteración psíquica. De hecho, la carrera escolar del alumno con dificultades escolares depende de su carrera como paciente.

Por otra parte, la capacidad de los padres a la hora de hacer elecciones en el mercado no unificado de etiquetajes de niños con dificultades escolares depende de recursos culturales y económicos desigualmente distribuidos entre las familias. Así, en función de los recursos económicos y familiares, varía la propensión de los padres a buscar por iniciativa propia informaciones sobre las causas de las dificultades escolares los remedios disponibles, o a realizar los trámites necesarios para contactar con distintos profesionales

Sobre todo, en función de la clase social, varía la idea parental de que se posee un derecho legítimo, tanto para hacer elecciones entre las varias interpretaciones del fracaso formuladas por los profesionales, como para intervenir con frecuencia en la escuela, a fin de que las adaptaciones pedagógicas decididas sean implementadas. Como han mostrado muchos trabajos de sociología de la educación y de la salud, los padres procedentes de clases populares, aunque sin desinteresarse de la escolaridad de sus hijos, tienen sin embargo contactos menos frecuentes con los varios profesionales implicados en la resolución de los problemas escolares. Por un lado, tienden a protegerse de la injerencia de estos profesionales de la enseñanza o de la salud al sentirse en una posición dominada y temer, generalmente a partir de la experiencia, su tendencia a etiquetar de manera estigmatizante a sus hijos. Por otro lado, los padres procedentes de clases populares se sienten poco legítimos para cuestionar abiertamente las

10 Existen pruebas que permiten identificar un trastorno específico incluso entre niños procedentes de entornos desfavorecidos pero la complejidad del proceso hace que sean muy poco utilizadas.

decisiones de sus interlocutores. En consecuencia, desempeñan un papel mucho menos activo que los padres procedentes de clase media o superior en el proceso de etiquetaje de niños con dificultades escolares.

Además, el obtener provecho de la asistencia a especialistas del fracaso escolar exige mucha disponibilidad por parte de los padres que, sin embargo, no todos los hogares pueden permitirse. Como hemos comprobado en nuestra investigación, muchos padres llevan su(s) niño(s) dos o tres veces a la semana a las consultas de los psicólogos, logopedas, psicomotricistas, etc. Las citas frecuentemente se establecen en horarios laborales y, a menudo, se celebran en lugares alejados del hogar familiar, lo que genera gastos de transporte. La participación parental activa en la mejora de la situación del niño supone también repetidas entrevistas con los profesores. En la mayoría de los casos, las madres se encargan de estas tareas. Entre las madres entrevistadas, muchas habían dejado de trabajar u optaron por trabajar a tiempo parcial para, así, reunir mayor disponibilidad a la hora de ayudar a sus hijos. Esta disponibilidad está condicionada por la posesión de recursos económicos suficientes como para permitir a uno de los padres dejar de trabajar, totalmente o a jornada completa.

Desigualdades dentro de las situaciones de fracaso escolar

Las desigualdades escolares relacionadas al origen social suelen ser puestas en evidencia calculando la correlación entre los recursos económicos y culturales de los padres y el éxito escolar. Sin embargo, no hay que olvidar que estas desigualdades se pueden observar también entre familias que tienen un niño (o varios) con dificultades escolares. A las estrategias de los padres de los alumnos que obtienen buenos resultados escolares (elección de opciones, de itinerarios, de establecimientos) le siguen las de los padres con dificultades escolares, quienes intentan salvar los muebles de una escolaridad comprometida. Las familias procedentes de clase media o superior tienen muchos más recursos para ayudar a sus niños. En el caso de niños de familias pobres, la medicalización conduce con frecuencia a un etiquetaje estigmatizante que deja poco lugar al mantenimiento de expectativas escolares. En cambio, las familias provenientes de clase media o alta logran a menudo utilizar los diagnósticos medico-psicológico como recurso que les permite obtener adaptaciones pedagógicas e implicación por parte de los profesores.

Estas desigualdades tienen repercusiones sobre los procesos de orientación. A no ser que sus hijos experimenten un trastorno obvio y muy grave, los padres con más recursos consiguen a menudo evitar la orientación de sus menores hacia las clases (*clases d'inclusion scolaire* –CLIS– en primaria) o establecimientos especiales para alumnos discapacitados, logrando mantenerlos en clases normales. Cuando aceptan este tipo de orientación es, generalmente, porque se les ofrecen clases especiales particulares, como las recientemente creadas reservadas a niños que sufren trastornos específicos del aprendizaje. Por estas razones, la enseñanza especial sigue siendo muy segregativa al nivel social (Dupont, 2013), a pesar de que los criterios de admisión tendrían que ser únicamente definidos a partir de consideraciones médicas.

En realidad, en un contexto en que la competencia escolar está a su nivel máximo, los usos de los diagnósticos y de los tratamientos por los padres no pueden comprenderse disociados de las estrategias parentales para optimizar la escolaridad de los menores con dificultades escolares. Dentro del grupo de niños con dificultades escolares se observan estrategias de distinción material y simbólica a través de la apropiación diferenciada de la gama de diagnósticos médicos. Así, la monopolización casi exclusiva del diagnóstico de niño superdotado por padres de clase alta (Lignier, 2012), contrasta con la tendencia al etiquetaje de los niños de clases populares bajo diagnósticos muchos menos halagüeños y muchos menos rentables en el mercado escolar.

Conclusión

El proceso de etiquetaje de los alumnos con dificultades escolares en la escuela primaria francesa es actualmente más complejo que antes. Los maestros ya no monopolizan el poder de etiquetar. Otros profesionales se han impuesto como expertos del fracaso escolar y, entre ellos, los profesionales de la salud ocupan una posición central y poderosa. Este cambio exige, no obstante, que el proceso de etiquetaje se analice como una negociación entre varios tipos de profesionales, procedentes de distintos horizontes, y que pueden mantener intereses divergentes. A su vez, en un contexto en el que los maestros son presionados por el Ministerio de Educación para integrar a las familias en la toma de decisiones escolares, debemos también tener en cuenta que los padres tienen un papel cada vez más activo en la definición de los problemas escolares de sus hijos. El carácter cada vez menos unificado del conjunto de interpretaciones médicas y psicológicas del fracaso escolar les permite hacer elecciones. Los padres tienden a poner a los especialistas en competencia, así como a comportarse como consumidores en este mercado no unificado de diagnósticos y tratamientos contra el fracaso escolar. Sin embargo, utilizar los márgenes de elección de este mercado y desempeñar un papel activo en el proceso de etiquetado, implica contar con recursos que están desigualmente distribuidos entre las familias de distinta clase social. De esta manera, asistimos hoy a la configuración de un nuevo tipo de desigualdades escolares. Las que se dan entre, por un lado, padres que saben moverse en este entramado de diagnósticos y profesionales de la salud para elegir la solución óptima frente a padres, en cambio, que se ven reducidos a un papel mucho más pasivo y que tienden a ser etiquetados a través de sus hijos con diagnósticos estigmatizantes, además de poco rentables en el mercado escolar.

Referencias Bibliográficas

- André, Géraldine (2012): *L'orientation scolaire. Héritages sociaux et jugements professoraux* (Paris, PUF).
- Becker H.S. (1952): Social Class Variations in the Teacher-Pupil Relationship, *Journal of Educational Sociology*, 25 451-465.
- Bourdieu, P. y Saint-Martin M. (1975): Les catégories de l'entendement professoral, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1 (3) 68-93.
- Castel R. (1981): *La gestion des risques. De l'antipsychiatrie à l'après-psychoanalyse* (Paris, Minuit).
- Catheline N. (2012): *Psychopathologie de la scolarité* (Paris, Masson).
- Chauvière M. (1981): *L'enfance inadaptée: l'héritage de Vichy* (Paris, Éditions ouvrières).
- Davies P. (1999): What Is Evidence-Based Education?, *British Journal of Educational Studies*, 47 (2) 108-121.
- Dehaene S. (2007): *Les neurones de la lecture* (Paris, Odile Jacob).
- Dehaene S. (2011): *Apprendre à lire* (Paris, Odile Jacob).
- Donzelot J. (1977): *La police des familles* (Paris, Minuit).
- Dupont H. (2013): Des difficultés scolaires et familiales à la prise en charge totale : le cas des jeunes orientés en Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique, *Lien Social et Politiques*, 70 227-240.
- Eideliman J. S. (2008): «*Spécialistes par obligation*». *Des parents face au handicap mental: théories diagnostiques et arrangements pratiques*, Thèse de sociologie, (Paris, EHESS).
- Foucault M. (1988): Histoire de la médicalisation, *Hermès*, 2 11-29.
- Foucault M. (2003): *Le Pouvoir psychiatrique* (Paris, Gallimard).

- García S. (2013): *L'école des dyslexiques. Combattre ou naturaliser l'échec scolaire* (Paris, La Découverte).
- Habib M. (2014): *La constellation des Dys. Bases neurologiques de l'apprentissage et de ses troubles* (Paris, Solal).
- INSERM (2007): *Dyslexie, Dysorthographe, Dyscalculie. Bilan des données scientifiques*.
- Lignier W. (2012): *La petite noblesse de l'intelligence. Une sociologie des enfants surdoués* (Paris, La Découverte).
- Lignier W. (2015): L'identification des enfants. Un modèle utile pour l'analyse des primes socialisations, *Sociologie*, 6 (2) 177-194.
- Morel S. (2012): Les professeurs des écoles et la psychologie. Les usages sociaux d'une science appliquée, *Sociétés contemporaines*, 85 133-160.
- Morel S. (2012): La cause de mon enfant. Mobilisations individuelles de parents d'enfants en échec scolaire précoce, *Politix*, 99 15-176.
- Morel S. (2014): *La médicalisation de l'échec scolaire* (Paris, La Dispute).
- Pinell P. y Zafiropoulos M. (1983): *Un siècle d'échec scolaire* (Paris, Editions ouvrières).
- Ringard J. C. (2000): *A propos de l'enfant "dysphasique" l'enfant "dyslexique"*, informe para el Ministère de l'Éducation nationale.
- Rist R. (1977): On Understanding the Processes of Schooling : The Contribution of Labeling Theory, en: In Karabel J. et Halsey A. H. (dir.), *Power and Ideology in Education* (New York, Oxford University Press).
- Rochex J. Y. (2010): Les trois "âges" des politiques d'éducation prioritaire : une convergence européenne ?, en Ben Ayed C. (dir.), *L'école démocratique. Vers un renoncement politique ?* (Paris, Armand Colin).
- Rochex J. Y. y Crinon J. (dir.) (2011): *La construction des inégalités scolaires. Au cœur des pratiques et des dispositifs d'enseignement*, (Rennes, Presses universitaires de Rennes).
- Vial M. (1990): *Les enfants anormaux à l'école. A l'origine de l'éducation spécialisée 1882-1909* (Paris, Armand Colin).