Universidad de la República

Facultad de Psicología.

Título: Diagnósticos y psicofármacos en las infancias escolarizadas: Estudios de casos en la ciudad de Maldonado, una mirada desde las redes sociales.

Carolina Pérez González 4.684.469-8

Montevideo, 31 de octubre de 2014

Trabajo Final de Grado

Tutor: Daniel Conde

Índice

Resumen ……. 2
Fundamentos y antecedentes ……2
Referentes teóricos ……6
Problema y preguntas de investigación ……. 13
Objetivos ……14
Estrategias o diseño metodológico ……...15
Consideraciones éticas ……....17
Cronograma de ejecución ……...18
Resultados esperados. ……..18
Referencias Bibliográficas ……....20
Anexos ……..22
Anexos 1 Bosquejo Mapa de redes sociales ……..24
Anexo 2,3,4,5, Entrevistas a informantes calificados ……25
Entrevista Adriana Cristóforo ……26
Entrevista Ana Mosca ……35
Entrevista María Teresa da Rosa ……..44
Encuentro Nora Rodriguez ……51
Anexo 6,7, Información inédita ……53
Desgrabación Simposio “Medicalización en la Escuela”. Hernández y Oliver……53
Trabajo Simposio “Problematizando los diagnósticos en la infancia. Camiruaga y Mosca……...59

Resumen:

El presente proyecto trata sobre la temática de los procesos diagnósticos y la prescripción de psicofármacos en las infancias escolarizadas. Se reflexiona sobre la universalización de ciertas prácticas clínicas en el trabajo con niños/as, desde los presupuestos y conceptos que las sustentan en el marco de las redes sociales. Para ello, se propone indagar acerca de los sentidos que le atribuyen los distintos actores sociales involucrados, a los procesos diagnósticos y en particular la prescripción de medicación, en niños/as escolarizados en la ciudad de Maldonado. Se plantea, además, identificar si existe diferencias y/o similitudes de los sentidos atribuidos a estas prácticas, según las categorías de pertenencia de la red, y el tipo de institución de Enseñanza-Básica- pública o privada a la que concurra el niño/a. La investigación se desarrollará en un período de 13 meses, a partir de un diseño metodológico de tipo cualitativo, mediante el estudio de cuatro casos. Se utilizarán como herramientas: la entrevista, el grupo de discusión y talleres. Se pretende así, aportar una mirada que entiende al problema desde su complejidad y multicausalidad, donde se considera la perspectiva de las redes sociales como eje vertebral. Con el propósito de visbilizar, difundir, compartir, generar aportes y experiencias concretas que den cuenta de cómo transitan las infancias y sus redes sociales los procesos diagnósticos y la prescripción de psicofármacos.

Palabras claves: Infancias- diagnósticos- psicofármacos-- redes sociales

Fundamentos y antecedentes:

Esta investigación, surge a partir del interés de pensar y reflexionar en torno a los diagnósticos y en particular la prescripción de psicofármacos, en niños/as. Siendo la infancia una etapa fundamental, en donde el niño se encuentra en su proceso de constitución de subjetividad, junto con los Otros y atravesado por su contexto socio-histórico; se considera que los efectos de un diagnóstico a estas edades puede marcar de forma significativa el devenir de la vida de ese niño/a. Ya que el momento en que los padres del niño/a realizan una consulta, esto puede generar un hito relevante en su historia, existiendo, en general, un antes y un después para la vida de este niño y su familia (Untoiglich, 2013). Por lo que es necesario advertir la importancia de precauciones y consideraciones a la hora de realizar un diagnóstico en esta etapa, y más aún la prescripción de medicación.

En consideración, este trabajo parte del supuesto de que en la actualidad muchos niños/as que manifiestan en su cotidiano escolar, problemas emocionales, de conductas y/o aprendizajes suelen encontrar como respuesta a su situación la derivación a un proceso diagnóstico y en algunas ocasiones la prescripción de psicofármacos. Lo que genera en las distintas categorías de las redes sociales, tanto la familia, las instituciones educativas y los equipos de salud, la aparición de ciertos cuestionamientos, incertidumbre y movimientos. Ante esto, se entiende como importante comprender qué sentidos son atribuidos por parte de estas redes sociales a los

procesos diagnósticos y la prescripción de psicofármacos en las infancias escolarizadas. Ya que estos sentidos son considerados por parte de los distintos actores sociales para la toma de la decisión y elección del qué hacer ante esa situación. Además, se considera la existencia de posturas teóricas que manifiestan que las infancias se encuentran en riesgo ante ciertos abordajes que tienden a la patologización y medicalización de éstas, por lo que se plantea de relevancia poder comprender cómo conceptualizan y entienden los distintos actores involucrados a estos procesos. Con el propósito de reflexionar en qué medida estas lógicas hegemonizantes interpelan o no los enfoques de los actores sociales, en los casos particulares que se indagarán.

En la actualidad, muchos referentes teóricos sostienen que se vive en una época caracterizada por la multiplicidad de diagnósticos psicopatológicos y terapéuticos en la infancia (Equipo Forunadd y Forum sobre medicalizacao, en Viñar et al., 2013). Se considera además, que se está ante una multiplicación exponencial de nominaciones, síndromes y diagnósticos de cuadros, los cuales actúan como organizadores racionales de las disrupciones de las infancias actuales, que se sustentan, en muchas ocasiones, desde una explicación individual y biologisista (Stolkiner en Viñar et al., 2013, p 79). Existen a la vez, ciertos desarrollos de las ciencias de la salud mental que producen de forma significativa un llamativo incremento de registro de enfermedades mentales. Encontrándose, los límites tradicionales de los trastornos mentales en expansión, y en la mayoría de los casos, medicados por y con la intervención de psiquiatras, neurólogos, y demás profesionales de la salud en interacción con distintos actores sociales (Dueñas, 2013).Publicaciones de la OMS (partiendo de los informes The Global Burden of Disease) revelan que el peso global de los padecimientos mentales ha tenido un incremento en los últimos años de manera notable, por lo que denota el carácter de un serio problema de salud para afrontar.

En lo que se vincula a la infancia, ciertos datos epidemólogicos revelan que a nivel mundial se estaría ante una epidemia de los trastornos del espectro autista. Se estima que entre 1966 y 1997 el incremento anual en la prevalencia del autismo fue de un 4%(Terezaghi, 2011 en Viñar et al. 2013). Existiendo, según estudios de MRC (Medical Research Councill) la prevalencia en el 2000 de 10 en 10.000 para el autismo, y para el Sindrome de Asperger de 2,5 en 10.000. El mismo informe, hace referencia también, a estudios realizados en Inglaterra que obtuvieron la tasa de prevalencia del autismo de 57,9 en 10.000 niños hasta 7 años. Por su parte Estados Unidos presentaba en el 2006 una prevalencia de autismo de 90/10.000 niños de ocho años, existiendo en el 2010 una prevalencia de 1/110 niños que parecen ser afectados por trastorno autista, cifra alarmante (Viñar et al., 2013) Por su parte, datos a nivel regional evidencian grandes aumentos en relación al déficit de atención y el consumo de metilfenidato. En Chile el crecimiento de niños diagnosticados por TDA-H tan solo en el 2012 fue de un 253%. Por su parte en Brasil el Sistema Único de Salud aumentó un 54% la compra y distribución gratuita de

metilfenidato en el año 2012. Mientras que en Argentina el consumo de metilfenidato desde 1994 hasta el 2005 tuvo un aumento del 900% (Untoiglich, 2013).

En el caso de Uruguay, es de resaltar, la dificultad para encontrar basta información que trate sobre la temática en nuestro país, siendo que las investigaciones existentes, en su mayoría, están en proceso de producción o cerca de ser publicadas. Asimismo, la obtención de los datos que den cuenta de la realidad cuantitativa de la situación, no es de fácil acceso. Por lo que se considera de relevancia, aportar a la investigación en el área, y fomentar así la sistematización de estas realidades, en tanto se considera una temática mundial vigente, y de carácter urgente.
Una de las investigaciones encontradas y a resaltar, fue realizada en el 2010 en el Hospital Pereira Rossell, revela que anualmente 1200 niños aproximadamente llegan al área de psiquiatría infantil. Mientras que él último estudio epidemiológico que realizó la cátedra de Psiquiatría Infantil de la Universidad de la República, contando con una muestra de 1.500 niños entre 6 y 12 años de todo el país, resultó que un 22% de ellos sufría de trastornos emocionales y conductuales severos, y sólo un 30% recibía atención especializada. Ante la exposición de dichos datos, psicólogos y psiquiatras infantiles consultados señalaron que existe una suerte de "boom": cada vez son más niños los que derivan al psicólogo por trastornos emocionales y conductuales. Los psicólogos consultados agregan además, que hay un abuso de la medicación como forma de resolver el problema. Según el psicólogo Gonzalo González, integrante de la comisión de infancia y adolescencia de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, él y sus colegas, así como académicos y miembros de la Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica, están "preocupados" por la creciente cantidad de niños en sus consultorios y la sobremedicación. Si bien expresan no estar en contra de la medicación, si creen que se apela a ella en exceso, existiendo un abuso. En cambio, los psiquiatras infantiles no opinan igual, ya que entienden que aún hay un gran porcentaje de niños/as que no acceden al tratamiento médico como debería ser, por lo que hay una submedicación (Diario el País, 24 de octubre, 2010). Lo que denota la controversia que genera la temática y las miradas contrapuestas de los profesionales.

Otra investigación que generó gran impacto a nivel social, fue la realizada por Miguez (2011) quien expuso que la niñez uruguaya se encuentra medicada abusivamente, un 30% con psicofármacos, siendo esto equitativo para todos los niños/as. Lo que si difiere son las estrategias realizadas, según los "espacios sociales", o sea el contexto económico-social. La medicación de los niños/as de contextos críticos se encuentra entre un 15% y un 20%, siendo llamativa las derivaciones a educación espacial, donde allí el 80% de los niños/as son medicados, siendo este un dato alarmante. Asimismo en las escuelas de contextos más vulnerables, los niños/as comienzan a ser medicados a edades más tempranas, con dosis cada vez más fuerte. Se utiliza además la reducción de carga horaria, donde se termina muchas veces con un pase a escuela especial, en una situación de discapacidad, sin tener ninguna

deficiencia. Mientras que la situación es distinta en el contexto privado, dado que a los niños/as, se los sobreexige académicamente, surgiendo que muchos niños/as no logran responder a ese ritmo académico y la medicación se suministra para que puedan estar a la altura de lo esperado. Además se concluyó, que ante las mismas manifestaciones conductuales, las infancias según su contexto, reciben tratamientos divergentes: los de contextos más favorables utilizan los psicoestimulantes, en tanto a los de contextos más humildes se les suministra antipsicóticos (en conjunción con otros). Cristóforo (entrevista anexa, p25) coincide en que en las Escuelas de contexto crítico se da un procedimiento casi que automático de suministro de medicación. Desde esta investigación se plantea trabajar con Instituciones tanto de carácter público como privado, con el propósito de contemplar dos contextos institucionales distintos, y ver qué sentidos y estrategias son llevadas a cabo contemplando esta variable.

Previa a esta investigación, Vitette (2008) ya planteaba que muchos niños/as eran etiquetados y medicados por manifestar alguna dificultad en la escuela o en el ámbito familiar, aún cuando la mayoría de las veces no presentan un diagnóstico o seguimiento adecuado, ni una reflexión desde la interdisciplina. Publica además, datos recabados en el departamento de San José, con el propósito de dar a conocer cómo sucedía el movimiento-demanda de la ritalina en la farmacia de una mutualista de dicha localidad, los datos revelan que desde el 2002 al 2007 se dio un aumento. Asimismo, en relación a los meses, se observa una tendencia en general de disminución del consumo en los meses de enero y febrero.

Desde una mirada jurídica el abogado Palummo (2009; 2012), realizó un proceso investigativo en el que destaca un aumento en la cantidad de niños medicados por metilfenidato, en el contexto de las intervenciones del sistema educativo. Se decodificó allí una posible situación de vulneración de derechos, ya que se detectó un incremento en la importación de dicho psicofármaco, siendo en el 2001 la importación equivalente a 900gr, en el 2007 de 16,576 gr, y en la actualidad corresponde a una cantidad de 20 kilos por año. Por su parte el Ministerio de Salud Pública Uruguayo no tiene cuantificado el consumo de psicofármacos, cuando es él quien proporciona los medicamentos a través de sus planes de salud. Se subraya además, que el metilfenidato se encuentra en la lista 2 de medicamentos en la Convención de Psicofármacos de Naciones Unidas, lo que hace que requiera de controles importantes tanto internacionales como nacionales. Asimismo los organismos de las Naciones Unidas y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes han ejecutado llamados a los gobiernos por la necesidad de generar estricta vigilancia con el fin de impedir el excesivo diagnóstico de trastornos en niños/as , el uso injustificado de medicamentos, el riesgo del uso indebido y la posible narco dependencia que puede generar. Se suma además, el Comité de los Derechos del Niño, quien también se expresó en varias ocasiones por el diagnóstico de dicha patología y la preocupación por la excesiva prescripción del psicofármaco. Se concluye de este proceso investigativo que se está

frente a una especie de descontrol en lo que refiere a la utilización del psicofármaco, y se reclama que el MSP efectué los controles pertinentes para el caso (Palummo, 2012).
Otro estudio sobre la patologización de los niños y niñas en algunas escuelas de contexto crítico de Montevideo, cuestiona también la ausencia de los organismos del Estado en relación con esta problemática. Expone que desde los organismos de Primaria, el tema no parece tener relevancia, pues no existen registros, ni sistematizaciones (Filippi, 2007).

En consideración de estos datos y a partir del interés de saber cómo es la situación actual de nuestras infancias en torno a dicha temática, se entiende esencial para la calidad de la investigación contemplar la opinión de los agentes de las instituciones educativas, los equipos de salud, y las familias. Con el propósito de lograr una comprensión del tema más amplia y diversa, donde se incluyan sujetos que se vinculan con la temática desde distintas historias de vida, formaciones, vínculos y posiciones sociales. En este sentido, esta investigación procura, desde su metodología, otra forma de pensar y abordar la temática, que involucra la intervención desde la red social del niño/a escolarizado; en definitiva, se propone pensar la temática desde la complejidad y las interacciones, siendo relevante incluir la voz de los niños/as.
Para ello, se elije la ciudad de Maldonado, ya que las investigaciones en torno a la temática allí son mínimas, y se considera importante contribuir, con el propósito de aportar a la problemática y hacer visible dicha situación. Se espera que surjan de este trabajo otros criterios, experiencias y concepciones que contribuyan a la producción de conocimientos desde la psicología, y reflexionen en torno a las formas actuales de pensar y visibilizar la temática.

Referentes teóricos:

El presente proyecto, pone en consideración la situación actual de las infancias, dado el cuestionamiento por parte de muchos profesionales y actores en torno a los diagnósticos y la prescripción de psicofármacos en los niños/as. La idea de infancia que tenemos hoy, deviene de un proceso histórico, ya que si bien niños y niñas siempre han existido, lo que no siempre existió fue la infancia como categoría y representación del conjunto (Volnovich, s.f). Fue en el S. XVIII junto al Renacimiento, que la categoría infancia surge en sí misma: se reconoce a los niños como tales y se les otorga lugares y necesidades distintas a la de los adultos (Echetbhere et al., 2008). Desde ese momento hasta hoy, han sido y siguen siendo múltiples las formas de conceptualizar y entender a la infancia tanto a lo largo de la historia como en las distintas culturas. Desde este proyecto se considera que todos los niños/as tienen un valor intrínseco siendo seres en desarrollo, completos en cada etapa de su vida, llenos de potencialidades; los cuáles necesitan de un marco adecuado que garantice su desarrollo, siendo cada niño/a una realidad y posibilidad (Tourne, 2004). Por lo que se contempla a los niños/as como sujetos de derecho, y se considera a la infancia como una etapa de importancia en sí misma (García, 2008). Se parte también, desde una perspectiva que entiende a la infancia en plural “infancias”,

ya que se hace imposible incluirla en un singular que reduce la potencialidad que tiene dicha concepción. Pensar en infancias, es pensar en las diversas formas de ser transitadas y vividas las mismas, resaltando la singularidad de cada niño. Esto implica la contextualización y precisión constante para saber qué infancia nos increpa (Muniz, 2013). Se considera asimismo, que a la hora de la construcción de diagnósticos en la infancia es necesario recordar que: "El tiempo infantil es tiempo de constitución y construcción, por lo que las "capacidades" en ese tiempo no están definidas, aún se esperan, se construyen con y desde el Otro" (Dueñas, 2012,p. 82). Siendo los encuentros con los otros capaces de producir nuevas inscripciones y cambios enter-intra y transubjetivos, en una etapa fundacional que como tal marca la identidad del niño/a. Por lo que el devenir de estos niños/as se inscribe además desde los discursos familiares-escolares-mediáticos-científicos entre otros (Comp. Taborda, 2012).

En relación a los niños/as, desde de la psicología y la pedagogía, se plantean ciertos enfoques, que consideran que muchas veces las infancias de hoy, se presentan a diario de forma variada, manifestando muchos niños/as un sinnúmero de sintomatologías y expresiones diversas y múltiples. Se entiende que éstas necesitan ser entendidas desde su complejidad para no recaer en miradas simplistas que tiendan a la medicalización y patologización de infancias, que lo que expresan son conductas que responden a los modos actuales de convivencia, de cotidianeidades no estables, en las condiciones de subjetivación novedosas de nuestra actualidad (Muniz, 2013). Se enuncia desde estas perspectivas la existencia de una tendencia global que genera en algunas circunstancias discursos y prácticas hegemónicas que apuntan a una patologización y medicalización de las infancias, incluyendo las infancias escolarizadas. Por lo que es importante detenerse en estas posturas y repensar sus cuestionamientos.

En este sentido, patologizar comprende concebir como patológica, anómala o enferma a aquellas conductas o expresiones que se alejen de lo esperable o resulten disruptivas (Dueñas, 2013).Se concibe así, como enfermas determinadas conductas y/o comportamientos tanto pasados, presente y futuros de un sujeto, o de un grupo, atribuyéndole a ciertos comportamientos y modalidades subjetivas un origen y una causalidad exclusiva de un orden médico-psicológico. La patologización de la situación existencial de un niño/a implica además, una modalidad de saber sobre los padecimientos, afecciones y enfermedades, por lo tanto un modo de concebir el sufrimiento psíquico y social, en donde se invisibiliza la trama colectiva en la que está inserto el sujeto. Desde los discursos patologizantes se estructuran también, formas de intervención que no hacen lugar a la singularidad y los padecimientos de los sujetos (Korinfeld, 2005, b) Es así, que muchas veces en la cotidianeidad la tristeza, la timidez, la rebeldía y la inquietud infantil, entre otras que son inherentes a lo humano, se transforman en patologías. Esto involucra tanto operaciones políticas, estrategias, programas, dispositivos, ciertas intervenciones y campos argumentales que producen categorías de enfermo/a o potencialmente enfermo o anormal, a aquellos sujetos que salen de los criterios de normalidad de su época. Lo

cual implica determinadas modalidades del saber que se vinculan con el ejercicio del poder (korinfeld, 2005a).

Se plantea desde esta perspectiva, que consecuente al proceso de patologización aparece la medicalización de las infancias. Menéndez (2004) entiende, que la medicalización hace referencia a cómo determinados episodios vitales, que constituyen los comportamientos de la vida cotidiana de los niños/as, pasan a ser entendidos y tratados como enfermedades, cuando anteriormente solo eran aconteceres ciudadanos. Este proceso implica que los sujetos y grupos integren a su vida dichos aconteceres ciudadanos en términos de enfermedad, y no como tradicionalmente eran vividos, es decir como conflictos y padeceres. Asimismo estos aconteceres pasan a ser explicados y atendidos en su mayoría mediante técnicas y concepciones biomédicas. Por lo cual ciertas conductas y reacciones se categorizan bajo la forma de enfermedades, trastornos o desórdenes. Muchos autores concluyen también, que la medicalización se encuentra en su forma de definición, dado que dependiendo de cómo se logre definir el problema será el marco de referencia pertinente para la intervención. En el caso de la medicalización ocurre que problemas de índole no médica, comienzan a ser definidas como problemas médicos, son descriptos en un lenguaje médico y solo se comprenden a través de la adopción de un marco médico (Dueñas, 2013). En tanto, desde la Coordinadora de Psicólogos de Uruguay se expone: “Entendemos medicalización no solamente al hecho de suministrar medicamentos, sino también a la clasificación diagnóstica, el tratamiento protocolarizado, el ajenamiento del interesado en su pedido de ayuda, al lineamiento autoritario en el dolor del otro” (Cotelo, 2012, p.4) Se considera también, que la medicalización resulta funcional a una época y un sistema que la recrea, a través de discursos y recetas médicas que sostienen ciertos tipos e ideales de identidades. Dichos ideales de identidad, no aceptan ningún conflicto que pueda afectar el bienestar o el rendimiento esperable de un sujeto y se transforman en rectores de sus vidas al mismo tiempo que se los produce como consumidores. La medicalización se vincula además, con intereses comerciales y de mercado, mayormente provenientes de la industria farmacéutica y biotecnológica, los medios de comunicación masiva, y las corporaciones profesionales, en interacción con el colectivo social, entre otros (Cannellotto y Luchtenberg, en Dueñas 2013).

Desde este entender, dichos procesos de patologización y medicalización influyen en el creciente consumo de psicofármacos, lo que produce el fenómeno del “lenguaje de los psicofármacos”, donde la verdad de un sufrimiento se encuentra en una clasificación y lleva el nombre cifrado de un neurotransmisor excesivo o ausente, el cual necesita de un psicofármaco como agente curativo (Vasen, s.f.).En Uruguay, se plantea que los psicofármacos más consumidos son Metilfenidato (Psicoestimulante utilizado para Trastorno por Déficit de Atención), Risperidona (antipsicótico atípico usado para trastornos “graves de conductas”),Valproato (anticonvulsivo), Clonazepam (ansiolítico y anticonvulsivo) y Sertralina (antidepresivo) (Miguez,

2011). También, se considera influyente en el aumento de los psicofármacos las repercusiones a nivel social generadas por el DSM. Los DSM (Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), se identifican como un gran instrumento de estandarización y categorización (Dueñas, 2013), del cual la sociedad en su conjunto se ha apropiado. Vasen en Viñar et al (2013) plantea que el nuevo DSM es un texto que tiene sus influencias sobre las maneras en que nos representamos quiénes somos. No son pocos los que pronostican que existirá a partir del DSM V un masivo sobre-tratamiento con medicaciones que pueden ser innecesarias, caras y en muchas ocasiones nocivas para los niños/as. Mosca (anexo, p34) coincide en que mientras las dificultades de los niños/as sean entendidas y llamadas como trastornos, la medicalización será facilitada como solución. Se denota también, la preocupación en torno a como el DSM ha producido discurso social en la sociedad uruguaya, existiendo una apropiación del lenguaje del DSM en el lenguaje cotidiano (Cristóforo, anexo, p25). Este lenguaje y este paradigma se adentran en las Instituciones Educativas, configurando situaciones en las que parece existir, en muchas oportunidades, una naturalización de la situación de medicación y derivación de niños/as que se detectan como "niños problemas" por parte de las Instituciones Educativas.

Hoy muchas escuelas se encuentran siendo cuestionadas y se cuestionan a ellas mismas, frente a las demandas y también dada las perplejidades que les generan las nuevas infancias. Siendo en muchas ocasiones las escuelas uno de los ámbitos que con mayor potencia reclama a la medicina esta modalidad diagnóstica, por lo que se considera un ámbito importante a incluir cuando de diagnósticos y psicofármacos se trata (Dueñas, 2013b). Untoiglich (2013) plantea que las tendencias que apuntan a la patologización de las infancias, pueden ser originadas tanto por la medicina, la psicología, como también por la institución escolar. Para esta autora, las instituciones escolares son lugares posibles para la patologización de las infancias, y esto sucede cuando el fracaso de un niño en su contexto educativo se entiende únicamente desde su diagnóstico de origen genético, sin tener en cuenta la complejidad implicada que genera ese fracaso. Entiende además, que en la mayoría de los casos, este mecanismo ocurre sin que los actores involucrados puedan percibirlo, lo que genera una marca persistente en la subjetividad en construcción del niño, que influye en su presente tanto como en su devenir. Hoy en día se agrega el hecho de que los niños/as pasan muchas horas escolarizados, y que la incorporación a la vida escolar, cada vez se realiza a edades más tempranas. Esto genera que los sujetos desde el inicio estén involucrados en distintas instituciones, donde se construye una trama de relaciones que a través del proceso de socialización van formando su subjetividad. Estas instituciones tienen un poder regulador sobre los niños/as ya que le establecen un orden "natural" y normas a cumplir. Las instituciones materializadas, definen un espacio geográfico, imaginario y simbólico, donde el sujeto va encontrando un lugar de seguridad y pertenencia, y/o de enajenación y exclusión, dependiendo de los vínculos que logre construir en dicha institución (Fernández, 1994). Además, las instituciones sitúan e inscriben en sus vínculos y discursos a los

sujetos, son las escuelas por lo tanto, productora de subjetividad y reproductora de discursos que responden a una época social determinada. Asimismo generan relaciones que sostienen la identidad de los mismos, en un marco de formas y estructuras que se imponen a éstos, inscribiéndose en la permanencia (Kaes,1996).

Por ello, la escuela tiene un lugar muy importante en la vida de los niños/as al ser parte de su cotidiano y por constituirse en uno de los lugares centrales por donde transita su infancia y se construye como sujeto. En la actualidad, algunos autores plantean que se está ante una crisis de la escuela, se entiende que dicha crisis es consecuente de una contradicción y resistencia entre el carácter moderno de la escuela y las transformaciones socioculturales de la postmodernidad (Graziano, s.f). Por lo tanto, en las escuelas de hoy, parece persistir la construcción de modelos congelados de mirar y nombrar a los niños. Lo que genera en muchas ocasiones que todo lo que se perciba como inadaptación escolar corre el riesgo de ser identificado como enfermedad o disfunción individual, lo que genera el reclamo de técnicas medicopsicológicas y/o medicoquímicas para su readaptación (Korinfeld,2005, b). En este sentido Muniz (2013) entiende, que las condiciones materiales y simbólicas de las instituciones, las características de las aulas tanto como la formación de los maestros, hace que la conflictiva manifiesta por los niños/as y la singularidad de cada niño/a sean, en muchas circunstancias, vividas como obstáculos para el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje. Esto genera que los niños/as que no se enmarcan dentro de los parámetros institucionales de accionar, sean derivados a otros espacios junto a aquellos compañeros que tampoco han podido adaptarse a las condiciones exigidas, o se tomen otras decisiones como suele ser el “medio horario”.

A este tipo de prácticas que tienden a la derivación, se le suma en muchas circunstancias la existencia de una excesiva demanda de diagnósticos por parte de las instituciones escolares. Dichos diagnósticos en ocasiones suelen ser rápidos funcionando además con la misma celeridad hacia fuera, a manera de etiquetas, “trastornos”. Lo cual muchas veces produce cierta estigmatización hacia los niños que son diagnosticados. Ante esto, el problema en sí no está en el diagnóstico psicopatológico como tal, dado que este es solamente un código y clasificación que los entendidos usan para saber de que están hablando. El gran problema se genera en el recorte que sufre un concepto complejo como es el de salud, a partir de un diagnóstico que se aferra a una parte y la clasifica, asignándole a través de un nombre, una etiología y una causa que explica todo (Muniz, 2013) De esta manera se producen etiquetas y diagnósticos que en muchas circunstancias acompañan al niño por largo tiempo en lo que es su escolarización, generando procesos de exclusión y enajenación en los niños/as. Todo esto puede producir efectos iatrogénicos, y convertirse en algo que atente contra los procesos del desarrollo del niño, afectando además la mirada que tienen sobre él (Mosca, anexo, p.34).

En síntesis, ante dichas circunstancias, como forma de prevención de las mismas, y en consideración del derecho de todos los niños/as a una atención en salud de calidad, desde esta investigación se hace énfasis en la necesidad de diagnósticos integrales que contemplen la complejidad y singularidad del caso. Se requiere de diagnósticos que incluyan un análisis detallado de lo que el sujeto dice, su historia y producciones, siendo desde este enfoque el diagnóstico diferente al rótulo; en tanto el diagnóstico es: “aquel proceso que se construye y va construyendo a lo largo del tiempo, y que puede tener variaciones dado que todos vivenciamos transformaciones. Aún más presente debemos tener este proceso inmerso en transformaciones en tanto hablamos de niños” (Viñar et al., 2013, p36). Diagnósticos que cuenten con el tiempo necesario para su construcción y consideren la responsabilidad que asume un profesional a la hora de emitirlo, donde hay que tomar en cuenta el peso que el mismo va a tener sobre la vida del sujeto y todo lo que ello implica desde lo psíquico. (Mosca, anexos, p34).

Diagnosticar, desde una mirada que entienda a los niños/as como sujetos “datados y situados”, los cuales traen consigo, en sus cuerpos y mentes, registros de su tiempo, tanto de las esferas, sociales, geográficas, políticas, históricas, culturales, y afectivas en las cuales se inscriben. Asumir y concebir, desde esta perspectiva, a los sujetos como seres históricos y culturales, implica entender que tanto los modos de ser, reaccionar, actuar, afectar y ser afectado, de aprender y de lidiar con ese aprendizaje, como también las formas de relacionarse con los demás, son producciones sociales (Viñar et al.,2013). Se debe tomar en consideración también, que la mayoría de los diagnósticos psiquiátricos se definen y redefinen en base al contexto histórico-sociocultural, lo que genera que distintas categorías aparezcan y desaparezcan con el tiempo (Conrad, Potter, 2000; Cooksey, Brown, 1998; en Iriart 2010, p.9). Por lo tanto, aquello que puede parecer como patológico en niños/as en una determinada época, tal vez sea considerado como normal en otra, dado que la tolerancia social al funcionamiento de los niños/as se funda sobre criterios educativos variables y sobre una representación de la infancia que depende de ese momento socio-histórico (Bernad Glose en Janin,2013). Esto hace notar la importancia de revisar nuestros marcos teóricos de referencia continuamente, con el propósito de tener una reflexión crítica sobre éstos, que nos permita realmente trabajar con el sujeto desde su realidad singular.

En este sentido, se considera de importancia poder incluir a la red social del niño y al propio niño para pensar esta temática, al mismo tiempo que se entiende de relevancia que los procesos diagnósticos también incluyan a la red social del niño/a. En tanto, como expresa Muniz (2013) en las ocasiones que un niño/a escolarizado es señalado, sancionado, sometido a derivación a centros especiales, o excluido, el niño/a queda instalado en un borde de riesgo. Siendo el apoyo

y la integración social esenciales para su desarrollo, continuidad, produce efectos directos sobre su salud y la vivencia de bienestar. Por ello, este proyecto propone como alternativa pensar la problemática desde un enfoque en red el cual involucra un abordaje ético y estético de las prácticas sociales. (Dabas, E y Najmanovich, D; 2003). Donde se entiende a la red social como:

> Un proceso de construcción permanente tanto singular como colectivo, que acontece en múltiples espacios y (a)sinconicamente. (…) como un sistema abierto, multicéntrico y heterárquico. A través de la interacción permanente, el intercambio dinámico y diverso entre los actores de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, barrio, la escuela, la organización de profesionales, el centro comunitario entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para fortalecer la trama de la vida. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser estos socialmente compartidos (Dabas, 2001 a, 8 pág)

De esta manera, un abordaje que considera las redes, implica el pasaje de un pensamiento lineal centrado en la razón, a un pensamiento complejo sustentando en la inclusión de la historicidad, el valor de los afectos y de las distintas percepciones, donde se entienda que las singularidades no son aquellas partes que se suman para formar un todo, sino que construyen significaciones en la interacción (Dabas, 1998). Desde esta investigación se indaga él fenómeno desde las redes sociales personales del niño, específicamente la familia, y las Instituciones que brindan servicios al mismo. Se incluyen la red social personal del niño (familia, amistades, relaciones escolares, relación con la comunidad) o sea todas aquellas relaciones que el sujeto entiende como significativas, ya que éstas contribuyen al reconocimiento del sujeto. Constituye también la clave central de la experiencia individual de identidad, bienestar, protagonismo, los hábitos de cuidado en salud que adquiera dicho sujeto y la capacidad de adaptación a una crisis (Sluzki en Dabas, 2001). Se sustenta la elección también, dado que la red social personal tiene relación directa con la calidad en salud. Una red personal, estable, activa, sensible y confiable actúa como agente de ayuda y derivación, protege a los sujetos de las enfermedades, ya que interfiere en la pertenencia y rapidez de la utilización de los servicios de salud.

Por otra parte la red, actúa como un modo que refleja el rastro de la acción comunitaria operada en ese territorio, siendo el registro que enuncia lo que dejó la acción comunitaria desplegada, las transformaciones que produjo y la posibilidad de producir nuevos cambios desde allí. Un enfoque desde las redes sociales, nos permite indagar en relación a cómo operan, cómo funcionan y cuál es el patrón de las cosas (Bertucelli,2000); por lo cual son estas redes sociales las que van a explicitar cómo operan estos diagnósticos y psicofármacos en las infancias y en todos los actores involucrados A través de una estrategia vincular sustentada en el intercambio y la articulación, entre instituciones y/o sujetos, que deciden asociar voluntariamente sus esfuerzos, conocimientos y experiencias con el objetivo de logros comunes (Dabas,2001)

Como forma de sistematizar las intervenciones en red, y como manera de poder lograr comprender la riqueza relacional existen "modalidades de cartografiar o mapear redes". El mapeo implica una gestión de búsqueda de información a través de un análisis situacional, con el propósito de promover, en las condiciones de vida de la población posibilidades de cambio que se orienten a la visibilización de recursos, la optimización en la participación, la redefinición de problemas, entre otros. Es la calve de estos abordajes en red, el poder lograr que los actores involucrados en las mismas tomen conciencia de esas redes, como también los operadores que generan intervenciones para poder lograr así mayor efectividad. Mapear y trabajar desde y con las redes, será central en este proyecto en tanto se entiende que:

> El desafió actual consiste en comprender las redes de modo tal que sea posible dar cuenta simultáneamente de lo instituido y de lo instituyente, de lo regular y lo irregular, de la unidad y la heterogeneidad, de lo estable y lo mutable, de la determinación y el azar, lo tecnológico y lo social en su mutuo hacerse y deshacerse (Najmanovich, 2008, p. 29).

En este sentido, animarse a otras posibilidades de pensar, actuar y hacer, que habilite a la reflexión, la desnaturalización y concientización sobre la temática y las prácticas de intervención y acompañamiento actuales.

Problema y preguntas de investigación:

El problema de investigación surge en el marco de un Trabajo Final de grado y por interés personal, que parte de los datos que revelan que en los últimos años a nivel mundial, ha crecido el porcentaje de diagnósticos identificados en las infancias, lo cual resulta alarmante. Asimismo, también son altos los niveles de consumo de distintos psicofármacos en niños/as. Esto, lleva a interpelar las nociones de infancias, y la producción de conocimiento de los profesionales de la salud en torno a la temática.

Se realizará un estudio empírico a partir de cuatro casos de niños/as que desde su institucionalización en Primaria-Básica transitan su infancia y su proceso de escolarización a la vez que transitan procesos e intervenciones médicos-psicológicos de diagnóstico y prescripción de medicación. Se trata de problematizar en torno a las concepciones, formas y estrategias que hacen que el niño comience y sostenga dichos procesos, tanto por parte de las Instituciones Educativas, los equipos de salud y las familias. Se procura además, poder comprender cómo los actores sociales integrantes de la red social del niño, atribuyen sentidos a estos procesos. Ya que se entiende que son parte importante e influyente en lo que es la toma de decisión, y por consecuente en los procesos de salud-enfermedad. Se considera así, un enfoque que abandone las miradas hegemónicas que tratan la problemática desde discursos normalizadores que tienden a la patologización y medicalización de las infancias. Ya que estas miradas dejan de lado el contexto socio-histórico, lo ambiental, lo afectivo y la historia de ese niño a la hora de diagnosticar y medicar de forma categórica. Es por ello, que se producen, en ocasiones, ciertas prácticas que ante problemas diversos tienden a reproducir estrategias estereotipadas que omiten la singularidad de cada caso. Por lo que el presente proyecto propone una mirada que

contempla alternativas diversas, y plantea enfoques reflexivos y deconstructores de las posturas más naturalizadas académica y socialmente.

Se proponen como preguntas de investigación: ¿Cuáles son los sentidos que le atribuyen los distintos actores sociales involucrados, a los procesos diagnósticos y la prescripción de medicalización, en niños/as escolarizados en la ciudad de Maldonado? ¿Cuáles son los procedimientos que se realizan y las herramientas que se utilizan para determinar un diagnóstico? ¿Qué impactos subjetivos genera un diagnóstico en un niño/a? ¿Qué mirada tienen los psicólogos sobre la temática?

Objetivos:

Objetivo general:

Comprender los sentidos que le atribuyen los distintos actores sociales involucrados, a los procesos diagnósticos y en particular la prescripción de medicación, en niños/as escolarizados en la ciudad Maldonado.

Objetivos Específicos:

- Mapear la red social del niño/a.
- Identificar y categorizar las redes sociales que nuclean al niño/a escolarizado.
- Conocer las creencias, concepciones y expectativas, que se producen en las redes sociales del niño/a en torno a la temática.
- Identificar qué grado de acercamiento o ajenidad tienen los distintos actores sociales en relación al proceso diagnóstico y el tratamiento farmacológico del cual los niños/as son parte.
- Indagar cuáles son los vínculos existentes entre los distintos actores de la red social involucrada.
- Establecer las diferencias y/o similitudes de los sentidos atribuidos al proceso diagnóstico y de medicalización, según las categorías de pertenencia de la red y el carácter Institucional Público-Privado.

Diseño metodológico

Este proyecto se constituye en un diseño cualitativo, la elección se fundamenta en que dicha metodología permite el acercamiento directo al fenómeno que interesa abordar, como también al discurso propio de los implicados en su contexto. En tanto la metodología cualitativa se interesa por el estudio de la vida de los sujetos, los enunciados desde una perspectiva colectiva, las interacciones y las singularidades de los fenómenos (Gialdino, 2009). De esta manera, es necesario comprender dichos fenómenos observables e interpretables de los sujetos, en actividad y en proceso. Esta investigación explorará los sentidos atribuidos por parte de los implicados a los procesos diagnósticos y la prescripción de medicación a niños/as escolarizados, a través de la comprensión de las situaciones únicas y particulares (Rodríguez; Vallderiola, s.f.).

Desde un marco de referencia que acepta a todas las perspectivas como valiosas, sin ir en busca de la verdad o moralidad, sino de compresiones detallas de las perspectivas que tienen los diversos sujetos (Taylor; Bodgan,1987) Siendo sustancial de esta manera, trabajar en la práctica real, situada, desde un proceso de investigación interactivo en el cual intervienen el investigador y los participantes (FLICK 1998; MARSHALL & ROSSMAN1999, en Gialdino, 2009)

Se contempla al fenómeno estudiado, desde una visión holística, donde se entiende al problema como algo complejo, como un todo interrelacionado. Lo que hace propicia la participación de diferentes actores sociales involucrados, que se encuentren en distintos lugares de relación con el fenómeno a comprender. Por estas razones, se realizará un estudio de cuatro casos, debido a su profundidad como variabilidad. Éstos se centrarán en dos Instituciones de educación primaria, una de ellas correspondiente al ámbito Público y otra al Privado. Las mismas deberán ser lo más cercanas territorialmente posible, se apelará a observar cómo cada una de ella se apropia de los recursos locales, y cómo se construyen dichos sentidos en cada lugar. Se elije por lo tanto el estudio de casos ya que este permite la comprensión de la particularidad y la complejidad de un caso singular (Stake,1999). Si intenta llegar a ello, a través de un proceso de indagación detallado, sistemático, comprehensivo, y en profundidad de los casos objeto de interés. Esto cumple con la expectativa de esta investigación, de comprender el fenómeno estudiado, desde las múltiples perspectivas de las personas que lo protagonizan, y no desde la influencia de una sola variable, (Martínez, 2006). Para lo cual se ahondará en torno a aquellos sentidos que sustentan sus experiencias, prácticas y vínculos en relación a la temática, mediante la comprensión de los discursos construidos y expresados por parte de los implicados.

Para llevar a cabo la investigación, se utilizará como principal herramienta de trabajo la entrevista – semiestructurada. Esta combina la flexibilidad de la entrevista no estructurada con la direccionalidad que permite la indagación en temas concretos (Cubo, Martín y Ramos, 2011). Asimismo Batthyány y Cabrera (2011) mencionan que la entrevista de investigación, es un diálogo o conversación entre dos personas, un entrevistador y un informante, administrada y registrada por este entrevistador, con el propósito de construir un discurso conversacional, con una cierta línea temática, delimitada en el marco de la investigación. Las entrevistas serán esenciales en este proyecto, en tanto estas brindarán la posibilidad de acercase y conocer los discursos de los sujetos. Además de la construcción así de lineamientos de comprensión. Para lo cual el entrevistador tendrá temas-ejes principales que abordar, pero contará con la libertad de indagar, preguntar, ordenar de la forma que él considere pertinente en la ocasión. Se realizará una entrevista por actor social, a excepción de los niños/as a los cuales se les hará participar de 2 entrevistas al igual que los referentes familiares. Una entrevista al comienzo del proceso investigativo y otra al final, dado que se entiende importante brindar una devolución personal y directa a ambos. La entrevista con el niño/a tendrá la particularidad de culminar con la técnica de Dibujo Libre, como manera de incorporar con un análisis proyectivo la forma de expresión natural

y cotidiana de los niños/as. (Ver anexo de entrevistas p.). Se estipula que se realizarán la siguientes entrevistas: 8 entrevistas con niños/as, 8 entrevistas con referente/es familiar/es, 4 entrevistas con maestros, 2 entrevistas con director/a. Un rango de 8 a 12 entrevistas en total con referentes del equipo de salud, tomando en consideración 2 o 3 referentes del equipo por niño. Siendo aproximadamente un total de 18 a 22 entrevistas.

También, se coordinará talleres con los grupos de primer año de cada centro, sobre los medicamentos: sus usos y sentidos, con el objetivo de prever un espacio donde colectivizar e informar en torno a la temática. Dar lugar así a la voz de los niños y fomentar un espacio de participación para ellos, donde puedan expresarse y se escuchado. Servirá también como una forma de sistematización de las ideas de los niños en torno a la temática. Se elije el taller, ya que ésta es una herramienta que promueve la relfexion-acción, a través de pensar, reflexionar en torno a situaciones reales, y la construcción en conjuntos de alternativas.

Por último, se implementará el grupo de discusión, como técnica focalizada e interactiva. Ya que incorpora una discusión colectiva en torno a un conjunto reducido de cuestiones, donde la información generada surge de la dinámica de ese grupo particular entre esos participantes (Morgan 1999, en Fàbregues), configurando un discurso colectivo, y sentidos en circuclación en el entramado de intersujetividad. Participarán de estos: las maestras/os de las distintas instituciones educativas, con convocatoria abierta e interés personal. Se realizara 1 grupo de discusión por institución en las fases finales del proyecto. Con el propósito, de generar una pre-devolución los resultados de la investigación y de habilitar un espacio Institucional que permita la oportunidad de problematizar e intercambiar colectivamente en torno a la cuestión que los implica. Esto adquiere relevancia, en cuanto se entiende la importancia de la Escuela en la Red social, como espacio nuclear y de referencia de todas las otras instituciones, y por la concurrencia diaria y de horario extendido de los niños/as, se cree importante intervenir allí.
Es de destacar, que los fenómenos sociales y por ende la temática a abordar, se caracterizan por ser cambiantes, cada vez a velocidades mayores. Por lo cual, esta investigación tiene carácter de flexible y emergente. (Batthyány y Cabrera 2011) Se entiende desde esta perspectiva, que esta investigación fluctuará y se transformará según el devenir y lo que se considere necesario. Será prioritario además, el análisis inductivo de los datos obtenidos. Lo cual habilita la construcción de temas, patrones , categorías y nuevos marcos de referencia en relación a la temática de los niños/as en proceso diagnósticos, medicados y sus redes sociales.

Los participantes seleccionados para este estudio responden a cuatro características, a partir de las cuales se realizan las siguientes sub-categorías a través de un mapeo de redes (Anexo,p.23):

- Categoría Niños/as DI.ME. : Niños/as que se encuentren cursando por primera vez 1er año de Escuela, y cumplan con el requisito de estar en proceso diagnóstico que implique el consumo de

medicación. Se seleccionará bajo este criterio y en cooperación con los referentes institucionales, 2 niños de cada Institución. Cada niño pertenece a grupos de clases distintas. Se elije primer año ya que como plantea Renau (1998) el primer año de formación básica es uno de los años más importante de la vida del escolar. Dado que le implica al niño acomodarse a un sistema de vida, de relaciones interpersonales y valores distintos a los que eran de su cotidiano familiar. Es además, un momento donde se ponen en juego muchas expectativas, tanto de la familia como de la Escuela, lo que le genera al niño acomodarse a nuevas situaciones, siéndole muy importante la imagen que tengan de él y los espacios por donde transite. Aspectos que deberían ser incluidos en los diagnósticos. Asimismo los diagnósticos a esta edad denotan un carácter relativo, y marcan de forma significativa los siguientes años de vida de ese niño/a.

- Categoría Referente Red familia: Referente familiar del niño/a, que viva con el niño y se encuentre involucrado en el proceso que transita el niño. Para esta selección se tomará en cuenta los datos que brinda la Institución escolar, como los datos que aporte el propio niño/a, por lo cual existe la posibilidad de tomar en consideración más de un referente familiar.
- Categoría representante Red Institucional: Maestra/o del niño/a, y el director de la Institución Educativa.
- Categoría representante Red Interinstitucional: Profesionales del equipo de salud que se encuentren trabajando con el niño/a.

Consideraciones éticas:

Los niños/as seleccionados y sus familias serán invitados a colaborar, pudiendo no aceptar, sin que esto suponga ningún inconveniente para ellos, dado que la participación en esta investigación se plantea como libre y voluntaria. Los niños serán informados de los objetivos del estudio y se les solicitará firmar un asentimiento, en tanto sus padres deberán autorizar la participación de sus hijos mediante la firma de un documento de consentimiento libre e informado. Asimismo tanto a los referentes familiares, como el resto de los otros participantes implicados, deberán firmar su propio consentimiento informado, el cual informa sobre los objetivos del estudio, el proceso investigativo y da cuenta de la libertad de aceptar o no ser participante del estudio. Por último el consentimiento asegura la confidencialidad de los datos recogidos en esta investigación los serán tratados y resguardados de acuerdo a las normativas vigentes en nuestro país para la investigación con seres humanos (Decreto CM/515 del Poder Ejecutivo, Ley Habeas Data 2009).

Por su parte, la aplicación de las diferentes técnicas – entrevistas y grupo de discusión - no suponen ningún tipo de riesgo para los participantes. Las entrevistas semiestructuradas serán llevadas adelante con las precauciones correspondientes, se estima que este tipo de entrevista no supone riesgos ni expone a los participantes a situaciones de movilización afectiva que no se pueda sostener , sin embargo, si así acontece se realizará un seguimiento de la situación, y en caso de ser necesario se realizarán las sugerencias de derivación correspondientes.

En cuanto a las dos instituciones educativas, se contactará directamente a las direcciones a quienes se les presentará el proyecto, y se las invitará a formar parte del estudio, comprometiendo también antes ellas el manejo confidencial de los datos y el resguardo de los mismos durante la ejecución del proyecto y la posterior difusión.Está prevista la devolución de los resultados en las Instituciones participantes y a los niños y referentes familiares implicados.

Cronograma de Ejecución:

Febrero- Marzo	Fase I: Selección, contacto y acercamiento con las Instituciones Educativas, público y privado. Fase II: Contacto con equipo de maestros/as de las Instituciones, donde se les presentará el proyecto de investigación. Plantear al equipo de maestros/as los criterios de selección de los niños/as. Elegir niños/as seleccionados para la investigación. Trabajar con los agentes educativos el Consentimiento Informado requerido para la realización de la investigación.
Abril-Mayo	Fase III: Fase de contacto con Padres/madres o referentes de los niños/as donde se le planteará el proyecto y su posibilidad de participación o no, en caso de aprobación comienzan las entrevistas con los niños. (Total de entrevistas 4) Comenzar mapeo de las redes sociales de los niños/as que dé cuenta, en forma de registro, de los actores seleccionados como participantes del proceso de investigación.
Junio – Julio	Fase IV: Entrevistas Revisar prototipos de entrevistas. Fijar lugares de encuentro para entrevistas. Rever marco teórico. Realizar entrevistas con Maestras/ maestros y dirección. (Total de 6 entrevistas) Realizar entrevistas con Padres/madres o referentes de los niños/as seleccionados.(Total de 4 entrevistas). Comenzar a coordinar y concretar entrevistas con referentes del equipo de salud.
Agosto	Entrevistas con referentes del equipo de salud. Entre 8 a 12 entrevistas, 2 o 3 por semana.
Setiembre- Octubre-	Fase V: Sistematización y comienzo del análisis de datos. Desgravación de entrevistas. Sistematización de datos Puesta en relación de los resultados obtenidos de la técnica, análisis y reflexión de los mismos. Planificar temáticas para grupo de discusión. Construir propuesta para los talleres. Preparación de entrevista devolución con niños/as
Noviembre- Diciembre	Fase VI: Contacto y difusión de Grupo de discusión Realizar talleres con niños/as compañeros de clases de cada niño seleccionado. (4 talleres) Realizar Grupo de discusión de maestros/maestras en torno a la investigación y la temática abordada. (2 grupos de discusión en total). Entrevistas con niños/as. (4 entrevistas) Entrevista devolución con referentes familiares (4 entrevistas)
Diciembre – Marzo	Fase VII: Sistematización y análisis final de datos Redacción de Artículo que dé cuenta del proceso llevado adelante y los datos obtenidos. Devolución de resultados a las Instituciones educativas.

Resultados esperados:

Se espera poder comprender los sentidos que son atribuidos por los distintos actores sociales involucrados, en los procesos diagnósticos y en particular la prescripción de psicofármacos en la infancia. De manera tal que se pueda visibilizar el grado de agenidad o acercamiento de las distintas categorías de la red social, en relación al proceso por el que transita el niño/a. Se

espera identificar si los sentidos atribuidos se diferencian o asemejan según la categoría de la red y el carácter institucional público o privado. Se busca detallar las estrategias llevadas a cabo por parte de las redes sociales en los casos de los niños/as que se encuentran en un diagnóstico y bajo la prescripción de medicación. Cómo entienden además, estas redes sociales dichos procesos y si se sienten involucrados o no, y de qué manera en ellos. Para lo cual se pretende resaltar las voces de dichos actores involucrados, haciendo énfasis en la voz del niño y su participación en la investigación. Se procura además, constatar si existe por parte de la red social la apertura o cierre en torno a otras posibilidades/alternativas de intervención en dichos casos. Al mismo tiempo pretende realizar aportes desde la psicología y la psicología educacional, contribuir así al crecimiento en la sistematización y producción de conocimiento en torno a la temática en nuestro país.

Bibliografía:

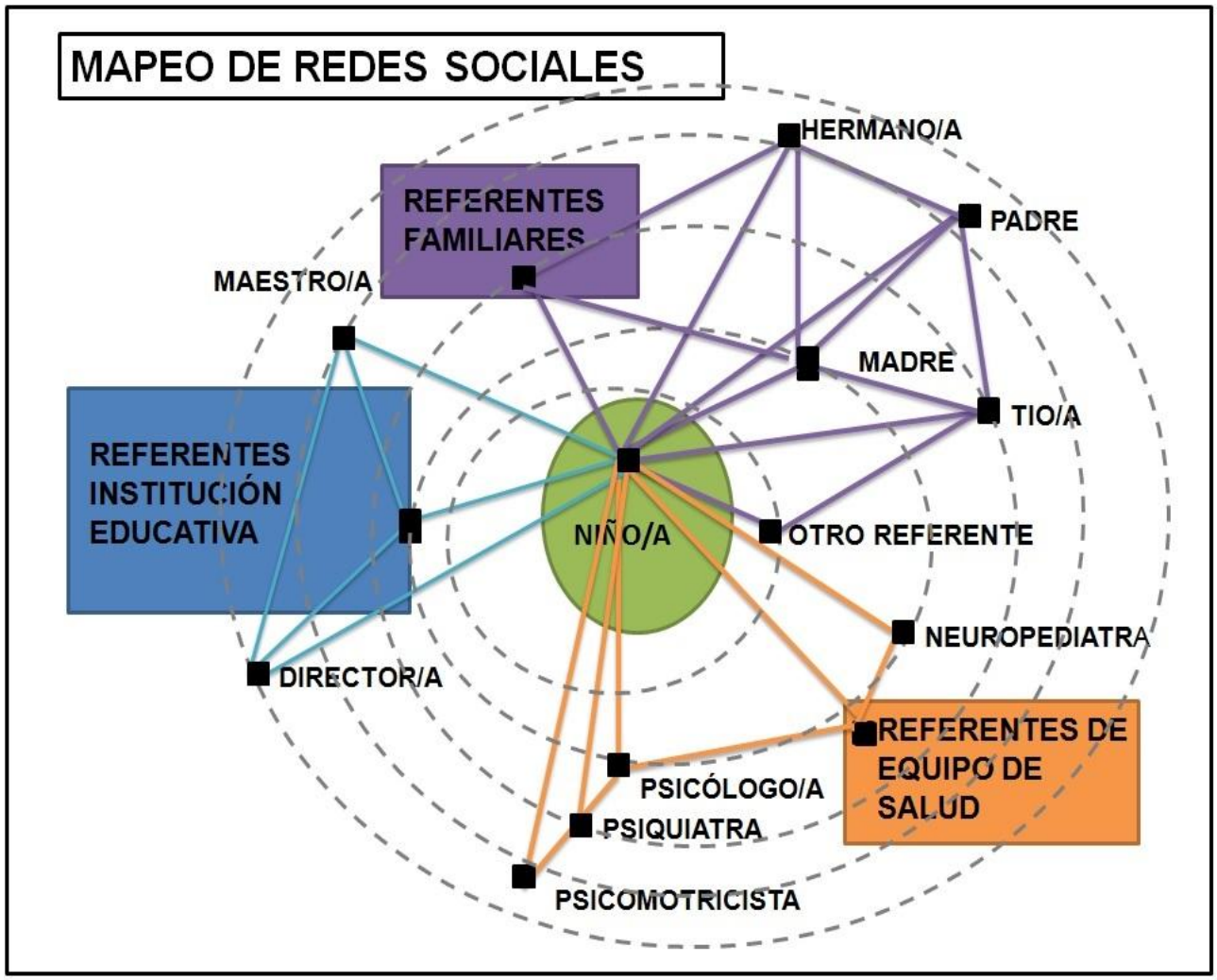
- Batthyány, k. Y Cabrera, M. (2011). Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. *Apuntes para un curso inicial.* Universidad de la República. Uruguay.
- Bertucelli, S. (2000). Pensar en Redes. *Revista La Fuente*. Córdoba.
- Cotelo, V. (2012). No solo es cuestión de médicos. *Revista de Coordinadora de Psicólogos de Uruguay* N°239. 4-5.
- Cubo, S., Martín, B. Y Ramos, J. (2011). *Métodos de Investigación y análisis de datos en ciencias sociales y de la salud.* Madrid: Pirámide.
- Dabas, E. (1998). *Redes sociales, familias y escuela.* Buenos Aires: Paídos.
- Dabas, E., Perrone, N. (1999). Redes en Salud. *Noviembre.*
- Dabas E. (2001). Redes sociales: niveles de abordaje en la intervención y organización en red. Febrero. Panorama.
- Dabas E. (2001). Redes: Entramado de lo no simultáneo. *Octubre*.
- Dueñas, G. (2013). *Niños en peligro. La escuela no es un hospital*- 1ed.- Buenos Aires: Noveduc.
- Dueñas, G. (2013). Patologiación y medicalización en la educación. Intervenciones subjetivantes sobre las problemáticas con las que nos interpelan hoy las infancias y adolescencias en las escuelas. *Revista actualidad Psicológica.* (b).
- Dueñas, G. (2013). Acerca de algunas cuestiones invisibilizadas detrás de las Escuelas Inclusivas. *Revista RUEDES,* Nº 4- 2013, ISSN: 1853-5658, 40- 54.
- Diario el Pais : 24 de octubre de 2010 : Aluvión de niños en tratamiento : Psicólogos creen que hay "sobremedicación", psiquiatras no. Recuperado en : http://historico.elpais.com.uy/Suple/QuePasa/09/10/24/quepasa_449707.asp
- Etchebehere, G. (2008) La educación inicial: perspectivas, desafíos y acciones. Montevideo: Psicolibros Universitario,
- Fàbregues, Sergi. .(s.f). El grupo de discusión y la observación participante. Universitat Oberta de Catalunya. FUOC • PID_00174027.
- Fernández, L. (1994). *Instituciones educativas: dinámicas institucionales en situaciones críticas*. Buenos Aires: Paidós.
- Filippi Carolina (2007). *La escuela Medicada. Entre desbordes cotidianos y la misión de educar.* (Tesis inédita de Grado). Universidad de la Republica. Facultad de Ciencias sociales. Montevideo Uruguay.
- García, S. (2008) *Cambios y continuidades en las Políticas de Infancia en el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay.* Cuadernos de la ENIA.
- Gialdino, I. V. (2009). Los fundamentos ontológicos y epistemológicos de la Investigación cualitativa. *Qualitative Social Research* , 10 (2).
- Graziano, N.(s.f). La crisis de la escuela: Una reflexión en torno al problema de su especificidad. *Revista Herramientas n° 10.* Buenos Aires: Ediciones Herramienta.

Recuperado en: http://www.herramienta.com.ar/revista-herramienta-n-10/la-crisis-de-la-escuela-una-reflexion-en-torno-al-problema-de-su-especificidad

- Iriart, C., Iglesias, L. (2012). Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad Interface. *Comunicação, Saúde, Educação*. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho São Paulo, Brasil.
- Janin, B. (2006). El adhd y los diagnósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 41(42), 83-110. Recuperado en : http://www.sepypna.com/documentos/articulos/janin-adhd-diagnosticos-infancia.pdf
- Janin, B. (2013). La desatención y la hiperactividad en los niños como modo de manifestar el sufrimiento psíquico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 3 (2), 55 - 79
- Kaës, R. et al. (1996). [1987*]. La institución y las instituciones: estudios psicoanalíticos.* Buenos Aires: Paidós.
- Korinfeld, D. (2005). Patologización de la infancia y la adolescencia.Sexualidad, salud y Derecho*s. Ensayos y Experiencias,* Numero 57, 88-104, Buenos Aires: Ediciones NovedadesEducativas. (a)
- Korinfeld, D. (2005). Modos del etiquetamiento y estigmatización sobre los niños y adolescentes en las prácticas escolares. *Puntuaciones sobre la película elegida para el debate*. Cine y Formación DocenteNeuquén.(b)
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y gestión.* N° 20 ISSN 1657-6276.
- Menéndez, E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud.* Buenos Aires 451- 464.
- Menendez, E.L. (2004). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas.
- Míguez, M.N. (2010). Campo de los posibles en una lógica medicalizadora: ¿Las diferencias se vuelven a demarcar por "espacios sociales"?"en IX Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 13-15 de setiembre. Recuperado en: http://www.fcs.edu.uy/archivos/Mesa_31_M%C2%AA%20Noel%20M%C3%ADguez.pdf
- Miguez, M. N. (2011). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya.* (Tesis Doctoral no publicada). Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Miguez, M.N. (2012). Niñez psiquiatrizada del Uruguay del siglo XXI. *Revista de Coordinadora de Psicólogos de Uruguay* N°239, 7-13.
- Muniz, A. (2013). Abordajes clínicos de las problemáticas actuales en la infancia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 3(2), 135 – 154. Revisiones ISSN: 1688-7026
- Najmanovich, D.(2008). La organización en redes de redes y de organizaciones. *FISEC-Estrategias* - Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora, 169-206.

- Palummo , J.(2009). Justicia y exigibilidad de los Derechos. Análisis de las facultades, ventajas y limitaciones del Poder Judicial para incidir sobre la formulación de políticas públicas a través de un caso. *En Publicación del Colegio de abogados del Uruguay: Tribuna del Abogado.*
- Palummo, J.(2012). ¿Medicalización como disciplinamiento?. *Revista de Coordinadora de Psicólogos de Uruguay* N°239. 19-26.
- Renau (1998). *¿Otra psicología en la escuela? Un enfoque institucional y comunitario*. Buenos Aires: Editorial Paídos.
- Rodríguez, D., Vallderiola J. (s.f). Metodología de la investigación. Universitat Oberta de Catalunya.FUOC • PID_00148555.
- Ruiz Olabuénaga, J.I (2007). *Metodología de la Investigación cualitativa*. 4ª ed. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Stake R.E (1999). *Investigación con estudios de caso*. Segunda Edición. Madrid.: Morata. Mejía Lequerica.
- Taborda, A., Leoz, G., Dueñas, G. (Comps). (2012) *Paradojas que habitan las instituciones educativas en tiempo de fluidez.* Primera Edición. San Luis: Nueva Editorial
- Taylor, S., Bodgan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados.* Barcelona: Ediciones Paidós.
- Tourne D. (2004). Prioridad: la infancia. *En revisa regional de trabajo social n° 30*. EPPAL, Montevideo Uruguay.
- Untoiglich, G. (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Buenos Aires: Noveduc.
- Vasen, J. (s.f) Cuando no hay más remedio: psicofármacos en la infancia, 11-14. Recuperado de : http://www.forumadd.com.ar/documentos/t5.htm
- Viñar, M., Vasen, J., Terzaghi, A., et al. (2013) *La patologización de la infancia (III). Problemas e intervenciones en las aulas.* Buenos Aires: Noveduc.
- Vitette, V. (2008) *Medicación como reguladores del carácter en niños y niñas del uruguay. "Una pastilla antes de la esculea nos cambia la vida en el aula".* (Tesis inédita de grado) Universida de la Republica. Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo,Uruguay.
- Volnovich, J.C (s.f). El provenir de la infancia. *Seminario de Actualización profesional para la gestión educativa en escuelas judías.* 1-5. Recuperado en : www.bamah.org/backend/verimg.asp?id=195

Anexos:



	Niño/a
	Red Institucional
	Red Familiar
	Red Interinstitucional
	Conexiones del niño/a con referentes institucionales
	Conexiones del niño/a con referentes familiar
	Conexiones del niño/a con referentes del equipo de salud
	Posibles, vínculos, conexiones entre las redes , sus referentes y el niño/a

Entrevistas a Informantes calificados: La construcción de este proyecto de investigación implicó por momentos dificultades para poder conseguir datos sustanciales en torno a la temática en Uruguay. Fue con el transcurso del tiempo que poco a poco se pudo ir encontrando material diverso, que más que nada representan investigaciones de casos puntuales. Asimismo, dado en muchos casos mi implicancia y postura reivindicativa en torno a la temática, fue sugerencia del tutor el poder contactarme con la psiquiatra Nora Rodríguez, quien me podría aportar desde su perspectiva una forma más integral de pensar la temática. A partir de esta propuesta, se abrió también la posibilidad de incluir a otros profesionales que por sus trayectorias se encuentran implicados e interesados en la temática. Son los encuentros con estos profesionales los que se anexan como entrevistas de Informantes calificados.

Es de resaltar la disponibilidad, receptibilidad, y amabilidad que caracterizaron a dichos informantes, haciendo que las entrevistas se desarrollaran en un clima muy cálido y de intercambio fluido.

En lo que a mí respecta, si bien dichas entrevistas no se contemplan en el marco y formato del proyecto de investigación, fueron de gran aporte, por lo cual entiendo pertinente incluirlas en éste trabajo. El hecho de encontrarme y coincidir con profesionales que tenían en muchos casos las mismas preocupaciones que yo sobre la temática, reforzó mi interés por seguir aportando y pensando desde el rol del psicólogo cómo generar prácticas transformadoras de ésta realidad. Además, me sirvieron como informantes de muchas experiencias e investigaciones, las cuales algunas aún están en proceso, y otras han culminado pero sin tener gran difusión. Se pretende que algunas de ellas queden registradas en este trabajo final, como aporte para todo aquel que le interese acercarse o seguir profundizando en la temática. Esta parte del trabajo fue una de las más motivadoras, me hizo realmente sentir la dimensión de mi propuesta, lo posible y real de la misma.

Las informantes calificadas contactadas fueron:
Adriana Cristóforo (Psicóloga)
Ana Mosca (Psicóloga)
Nora Rodríguez (Psiquiatra y psicoanalista)
María Teresa da Rosa (Directora de Escuela)

Entrevista Psicóloga Adriana Cristóforo

El encuentro con Adriana fue un encuentro muy fluido, el mismo comenzó sin ser grabado, por lo cual acá se presenta la mayoría de la entrevista, faltando una parte del inicio de la misma. La grabación empieza en el momento que Adriana comienza a hablar sobre la investigación de Palummo, expresando lo siguiente en torno a los datos:

Psicóloga: La grafica del consumo de ritalina es ascendente inclusive diciéndote lo que yo te digo, están medicando otras cosas antes que ritalina, aún así hay un consumo elevado de ritalina

Retomando lo que hablábamos, y en base a las investigaciones que hicimos vimos que no hay relación directa entre lo que percibe la maestra como dificultades atencionales y lo que rinde los gurises en las pruebas de atención. En eso además empiezan a aparecer como otros factores, que es la conducta de a maestra frente a esto, que es una de las cosas que si encontramos, es que en los contextos, digamos en la escuela de contexto critico hay casi un automática en mandado a medicar. Es decir nosotros habíamos definido para la investigación a los gurises de primer año escolar, porque en ese momento los gurises que cursaban primer año escuela no estaban con tanta frecuencia medicados. Porque el DSM que tiene mucha incidencia en esto ponía como base los años, pero en el proceso de la investigación vivimos el cambio del DSM y empezamos a tener gurises ya medicados en primer año

Entrevistadora: ¿Cuánto tiempo llevo la investigación?

Psicóloga: La empezamos en 2010, y la terminamos, terminamos el año pasado, terminar aun nos queda más que nada publicar los datos, ordenarlos y publicarlos.

Es así que los gurises, comenzamos con el tiempo a ver como se medicaban desde antes, por lo cual el recorte que habíamos hecho para la investigación con gurises no medicados, tuvimos que finalmente tomar gurises medicados. Entonces una de la cosas que encontramos fue eso que en la escuela de contexto, porque claro por supuesto tienen muchísimos otros problemas, y la solución dispara para ese lado, nosotros encontramos en la escuela de contexto gurises mas medicados que en las otras escuelas.

Cuando nosotros nos empezamos a meter en el tema de la atención, empezamos a leer, y vimos que en la cuestión de lo que se llama déficit de atención hay dos posturas muy opuestas. La postura más neurológica, incluso aunque no se trata de neurólogos, porque hay muchos psicólogos que te hablan desde ahí, como una patología orgánica, y no hay vuelta. Entonces una postura que es de este orden y una postura que es mas de pensar los procesos subjetivos y como un cuadro o una situación que responde más a un contexto socio- histórico y que hay que pensarlo más de esa manera. Nosotros nos adherimos a esta línea. En esta segunda línea

empezamos a desarrollar distintas investigaciones, acá en el programa una investigación que apunta a ver en los vínculos primeros madre – hijo una investigación que está tratando de entender que pasa con la función de corte, con la función paterna de corte. Porque entre las cosas que leímos, en realidad, vienen mostrando los resultados que estos gurises tienen un fracaso de la función de sostén. Es decir la atención como construcción que sin duda tiene la pata neurológica, pero como función se desarrolla en el vínculo de la figura de sostén. Y vimos dos tipo de fallas por un exceso o por un fracaso, por la ausencia de la figura de sostén. Por lo cual estamos viendo, o encontrándonos con algo que plantean los franceses que digamos, que estos gurises lo que están mostrando son como falla a nivel de la constitución subjetiva. Los franceses plantean que en la psicopatología, de adultos hay todo una línea que plantean que en este momento hay un predominio de lo que se llaman las patologías del vacío de los border, lo que los franceses plantean que estas patologías son la manifestación de eso en los niños son lo que luego viven esas patologías. Lo que plantean es que esta lectura de la situación de los niños no se hace, y otra cosa que nos encontramos en la investigación es que las consultas de problemas atencionales casi nunca vienen a psicólogo.

E: ¿Derecho a psiquiatra?

Psicóloga: A psiquiatra o neuropediatra en el mejor de los casos, porque los neuropediatras no medican tanto. Por lo menos no en nuestro país, en Argentina es al revés, los que medican mas son los neuropediatras, en nuestro país son los psiquiatras entre otras coas porque además la línea teórica de la cátedra de psiquiatría es esa, patologías orgánicas. Cuando nosotros presentamos los primeros resultados de la investigación nuestra, vino Búsqueda, nos hizo una entrevista y no se qué, y le fue a pregunta a la grado 5 de psiquiatría infantil que pensaba. Ella dijo que no, que eso era una locura, que el déficit no se diagnosticaba de esa cosas que el diagnostico es sintomático. Esa postura sobre el diagnostico sintomático justamente te das cuenta que hay una omisión de los dinamismos que hay por debajo de todo síntoma. (…)

E: ¿En las escuelas que ustedes hicieron la investigación, a que tendencia vieron ustedes que eran más afines los maestros?

Psicóloga: mira los maestros son muy prácticos, nosotros la postura más critica que encontramos fue en una maestra que después de conversar mucho entre todos dijo bueno en realidad que estén más quieto no quieren decir que aprendan mas. Pero en realidad los maestros dicen todo bien pero yo los necesito quieto. Es así, en otras escuelas nos dicen bueno lo que pasa que para aprender se necesita estar quieto se necesita atender, hay cierta normas que tienen que tener. Es decir no hay un movimiento en pensar en adecuar los conceptos pedagógicos a los niños de hoy. Muchas horas en el aula, actividades repetitivas, en fin hay un montón de situaciones que hacen de esto.

E: ¿Ustedes creen que la mayoría de los maestros están a favor de la medicación?

Psicóloga: No, no es que estén a favor explícitamente, algunos si, algunos están explícitamente si, otros encuentran que bueno es lo que le soluciona a ellos el problema. Generó más resistencia sí que mediquen mas tempranamente, aunque bueno entre 6 a 7 años no veo mucha

diferencia. Pero bueno.. Pero como te digo nosotros empezamos a ver a niños con 5 años medicados, cuando toda la bibliografía dice que la atención a los 5 años la atención no está desarrollada, así que no podes pretender. El tema de la medicación, yo siempre digo yo soy muy crítica a la medicalización, pero es un tema que nos atraviesa cotidianamente. Desde la razón por qué tenemos que tomar tres yogurcitos por días, esas lógicas es una lógica medicalizada. Hay cosas que no molestan demasiado que uno se los va apropiando y los empieza a incorporar acríticamente, pero es un problema que atraviesa la vida que nos atraviesa toda la lógica cotidianamente.

Desde la psicología hace tres años se realizo una actividad desde la perspectiva de derechos que estuvo UNICEF, María Noel también, y estuvo interesante porque nos encontramos entre el público que había un medico, docente de facultad de medicina, que trabajaba en la parte de química, de farmacia. Él una de las cosas que dijo fue que él en realidad había ido con la expectativa de ver si los psicólogos tenían una, se podía generar una movida en contra de los laboratorios. Porque lo que él veía que los laboratorios realmente influían, y eso es así, hay algo bastante importante de esto. De pensar en la línea de que hay un componente de enfermedades generadas, que es un aspecto de la medicalización. El supuesto inventor , que no es invento, el primer psiquiatra que delimito el déficit de atención , dijo que no existían, entonces..Todas esas cosas, saberlas, no han modificado las prácticas ni las concepciones

E: ¿Y para ti por que se da esto? A pate de todo el peso farmacéutico que sabemos que está ahí.

Psicóloga: Y porque yo creo que hay todo un aspecto social, a ver, la sociedad crea su concepciones de niños, y crea los niños que son afines a esa concepción yo creo que no solo pasa con los niños, sino con los adultos. Pero bien, pensando en los niños, mi tema son los niños, yo creo que hay algo afín a nuestra sociedad, es decir que hay algo que nuestra sociedad canaliza a través de esto, a través de medicar. Yo creo que es una sociedad que declara mucho los derechos del niño y todo lo demás, pero no tolera la niñez en el sentido de poder sostenerla. Inclusive en el tema de los derechos, que sin duda estoy de acuerdo con los derechos, pero son tratados como adultos, porque digamos, son sujeto de derecho en sí mismo, pero no se toma en cuenta la necesidad de un adulto, el adulto como sostén, sostén que la sociedad no está pudiendo dar. .

Hay mucha cosa declarativa, las escuelas medican, las escuelas parecen una farmacia, medican, a determinada hora, tienen una cajita los niños pasan por la dirección y toman su medicación, y eso está prohibido, pero pasa.

Los padres se quedan tranquilos que los gurises toman la medicación, los maestros se quedan tranquilos que los gurises funcionan en clase.

Ya hace muchos años, bastante años, cuando estaba estudiando dificultad de aprendizajes, este, estaba viendo a un niño allá en mercedes, que la maestra decía que imposible de que se quedara quieto, no se sostiene en clase no se qué. Yo tuve una entrevista con el niñito, 6 años 7 y el nenito inquietito, no solo estuvo quieto, sino que estuvo tan quieto que se durmió, se fue

durmiendo estaba absolutamente deprimido. La psiquiatra ni lo había visto, no había visto la depresión entonces fuimos con la pasante en aquel momento y dijo muy sueltita de cuerpo "y lo que pasa no parecía". Entonces hay regulaciones de salud pública que tampoco se cumplen, hay una cuestión de contexto social que habilita que estas cosas se produzcan

E: ¿Y vos desde tu trabajo como psicóloga que pensas, que propones? Porque ante una temática que demuestra tanta dificultades por muchos lados, come seguís, por donde ves salidas?

Psicóloga: Y yo creo que por lo menos desde el punto de vista de la Universidad hay que por lo menos producir conocimiento, desde esta investigaciones que estamos haciendo hay que publicarlas. También conociendo que estamos luchando contra un monstro, que es el monstro de la medicina y de los laboratorios. Pero hay un aspecto que también hay que fortalecer que es la difusión a la población entera, que la gente tome conciencia, que los padres tomen conciencia.

E: ¿Para ti existe una conciencia social que considere la posibilidad de que exista medicalización y patologización de la infancia?

Psicóloga: No, no hay, mira cuando yo empecé mi investigación de tesis, tuve un problema porque no habían mamas que consultaran, mi recorte eran niños que no estuvieran medicados, y las mamas que consultaron eran porque no querían medicar.

Yo creo que no hay conciencia., yo quiero hacer una investigación en torno a los efectos secundarios a nivel de cerebro y otros aspectos que tienen la medicación. La línea de la neurología dice que si estos niños no son medicados de niño/s de grandes se vuelven adictos, hay otra línea neurológica que dice que por ser medicado tan de niños luego se vuelven adictos.

Vaya contradicción,

Si, y así estamos, de eso, eso es una línea para investigar, de todas maneras es un aspecto interesante ver como en esta cuestión nunca se le pregunta a los gurises, como se siente, en este caso si ellos se sienten desatentos. A mi uno de los resultados de mi tesis que me pareció increíble fue que cuando yo le pregunto a los niños en que pensaban cuando no atendían a la maestra, todos contestaron que en la mamá. Entonces ahí hay un nudo interesante. En una investigación del Vilar de Bo le preguntaron a los medicados por efectos secundarios de la medicación y da resultados interesantes, pérdida de apetito de sueño, fue muy interesante, y eso tenía que estar publicado en pancartas y no se da.

E: Si, a mi por ejemplo me costó bastante encontrar información, encontrar publicaciones y todo me costó ¿no hay mucha difusión?

Psicóloga No, y eso que vos estas en el ambiente académico más o menos conoces el recorrido de cómo encontrarlo, imaginate el resto, realmente hay poco .

Yo, una vez que vino Alicia Fernández la psicóloga argentina que también trabaja el tema estuvo un colegio y del Espectador o una cosa así la llevo a hacer una entrevista. Entonces el espectador decía horrorizado como acá no se investiga, y todo un titular así. Entonces yo le escribí un mail y le dije fulano si tu quieres saber todas las investigaciones que hay sobre el

tema, tenes un lugar de referencia que es la Facultad de psicología y yo estoy a disposición. Y no me contesto, entonces hay una cosa también de no querer saber, no es un tema de importancia para la sociedad, salen flashes, como María Noel.

E: Si y eso ya hace varios años, y aun se sigue queriendo juntar movimientos más masivos, colectivos que difundan sobre la temática.

Psicóloga Yo insisto mucho eso, nosotros tenemos que apuntar a la población de eso, que puede ser la más sensible, y generara conciencia en los padres, pero eso es un tema de difusión que lleva.

E: ¿Y con los otros profesionales de la salud, el trabajo como ha sido?

Psicóloga: Y yo te digo que los que están más afín son los psicomotricistas, que están a fin, porque el tema porque la hiperactividad le llega mucho a ellos, por el movimiento. Aunque que yo sepa no hay mucha investigación de esto. Los neuropediatras son una población muy heterogenia hay pediatras que tienen una tendencia o mas afinidad a pensar los procesos subjetivos. Pero además hay una cosa media curiosa ¿no? , n ese sentido porque es una enfermedad para esta línea de origen neurológico, pero ninguno toma un descubrimiento desarrollo de los últimos años que es fundamental, que en realidad nada de lo que sucede en el cerebro es de una vez y para siempre. Entonces aunque la causa fuera esta, todos sabemos y hay bibliografía variada sobre eso, todos sabemos que el 90 % del desarrollo del cerebro se hace después del nacimiento. O sea que toda esta cuestión de hereditario, orgánico, hay como dos teorías paralelas que una se desconoce a la otra dentro de la misma biología.

E: ¿Y pensando en esto de lo fijo, como crees vos que juegan los diagnósticos en todo esto?

Psicóloga: Yo creo que el último libro de Noveduc, en relación al tema que coordina Gisela

E: ¿En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz?

Psicóloga: Si ese, a mi me parece maravilloso, Alicia lo había empezado a investigar y luego lo dejo, como te digo que no consultan a los psicólogos es difícil conseguir sujetos para la investigación. Alicia había empezado a investigar los efectos subjetivos del diagnósticos, es decir de cómo eso afecta al niño la familia y al vinculo entre ellos. Un diagnostico de esos genera marcas, eso es así, les guste o no le guste. Nosotros hemos tenido gurises en las escuelas, nosotros tenemos pasantías estudiantiles, entonces le dice a un estudiante, le dice un niño “mira yo no soy tartamudo lo que pasa que tomo ritalina”. Si eso no es efecto que se pega a la identidad, que arma identidad a partir de ese lugar que se le asigna, desde ese lugar social que se le asigna.

E: ¿Y en las instituciones como lo ves? ¿se habla mucho de diagnósticos? Hay muchos diagnósticos circulando?

Psicóloga: Hay, hay, se han metido en los diagnósticos cotidiano, los diagnósticos, esto que nosotros empezamos a notar, yo te digo dificultad en la atención, pero a nosotros nos venían tienen déficit atencional, es hiperactivo, eso son palabras del DSM, antes la gente no habla de esas cosas, no decía esas cosas. Yo el otro día estuve en un liceo que estuvo increíblemente

maravillosa la cosa, de paradigmático. Yo estoy trabajando con docentes de secundaria el problema de las dificultades de aprendizajes en secundaria, entonces una docente jovencita me dice “a no porque nosotros no sabemos nada”, entonces yo lleve unas viñetas y le digo bueno que piensan, si esta situación le toca a ustedes en el aula ¿cómo se manejarían?

Entonces esa que dijo que no sabía nada dice “ah tiene dislexia”, pero lo dijo como si hubiera dicho la cosa más sencilla del mundo, entonces eso está absolutamente metido en el lenguaje cotidiano. Si un efecto tiene el DSM es como hizo discurso social, es brutal el discurso como se ha metido, como la gente cotidianamente se auto diagnostica. Una vecina una vez consultando por su nieto, me dice es imperativo.

Es increíble.

E: Si a mí me pasa también en mi trabajo, como saben que estudio psicología me pregunta sobre qué le pasa a ese niño, y quieren respuestas, y es difícil salir de ese lugar, sacarlos de ese lugar, es como ta pero algo tiene que tener una causa un efecto.

Psicóloga: Exactamente, y una causa que es la enfermedad además, ¿no?, hay una causa de la medicalización que el origen se transforma en causa, entonces al ser una causa hay que atacarla, y si es orgánica medicación

E: Aparte esto de causa univoca también

Psicóloga: Exactamente, hay así como una efecto de la medicalización de la sociedad ya no solo de los niños, que es el buscar las causas, pero que en estos tiempo que corren, no hay en esta relación causa efectos, no hay disponibilidad para ponerle pensamiento a las cosas. Como para decir bueno vamos a darnos un tiempito para ver qué pasa, para interrogarnos.

E: Tal cual, y con las estrategias parece pasar lo mismo, como muy marcadas, pasa esto lo que se hace esto.

Psicóloga: Si, pah yo pensaba esto de la búsqueda de diagnóstico, yo ahora estoy en la ANEP en una institución que se dedicaba a hacer diagnósticos en el sistema educativo, ahora estamos tratando de dar otro perfil y me he encontrado con cosas maravillosas. Docentes, diciéndome “yo necesito un diagnóstico” y yo les digo ¿de qué te serviría el diagnostico? “Porque a mí el diagnóstico”, ¿vos con un diagnóstico podrías enseñar distinto? “NO”, bueno pero… en realidad no te saben explicar bien porque quieren el diagnóstico.

Asimismo en el liceo, una vez una chiquilina tuvo en un liceo un ataque de epilepsia, yo llego al liceo y un profesor me dice “¿Me va a decir el diagnóstico?, yo le digo yo no la conozco a la chiquilina que diagnostico le voy a decir. “Ah pero nosotros precisamos el diagnóstico”, yo le respondo que el diagnóstico ya está hecho tiene epilepsia. “Ah pero fíjese yo necesito saber mire si se me muere en clase. Yo le digo “quédese tranquilo morirse por epilepsia no se va a morir”. Cosas que vos decís es gente educada tiene ciertos recursos. Pero va como por esa necesidad, esa cosa que las cuestiones necesitan ser diagnosticadas designadas con un nombre para dar cierta seguridad, pero en realidad ni ellos saben porque la necesitan, eso es medicalización.

E: ¿Sientes que ha sido progresivo el tema de la medicalización?

Psicóloga: ¡si, ah sii!

E: ¿Por qué crees que podría ser?

Hay un artículo de Foucault, viejo pero que vaticinaba esto digamos, este, que tiene que ver con el cambio hacia las sociedades de control.

E: ¿De las formas de control?

Psicóloga: Eh, si Foucault , lo denomina de una forma interesante que tiene que ver con una esta cuestión del control del cuerpo (..) Yo creo que tiene que ver con esto

E: ¿Y por que el pasaje mas de los adultos a los niños? ¿Por qué hoy los niños?

Psicóloga: Si yo creo que hay un problema de medicalización general, la gente se automedica todo el tiempo, la medicación está disponible.

E: ¿Y sobre los efectos de la medicación para vos?

Psicóloga: No hay mucha investigación. Yo, en esto de los gurises, creo que hay un efecto subjetivo al ser medicado, que puede generar adicciones. Ahora, a ver, esa cosa que si vos necesitas una pastillita para adaptarse a la escuela, vas a necesitar siempre de algo externo. Ahora así como te digo esto, te digo, si en esta línea que nosotros estamos pensamos también te digo que son gurises que tiene una constitución subjetiva frágil, con fallas en la función de sostén, estos gurises esta característica subjetiva es la que tienen los adictos. O sea hay una constitución que favorece a la adicción, ya sea favorecida por la ritalina o por la sociedad del consumo en general. No cualquiera se hace dicto pero hay condiciones sociales que lo favorece, si además de esas condiciones sociales hay condiciones subjetivas.

E: ¿Vos que trabajas con niños con déficit de atención, como es tu intervención?

Psicóloga: Yo trabajo con niños que consultan por déficit, en una psicoterapia psicoanalítica.

(…)

E: Y en tu tésis, que es sobre el tema, ¿podés contar algo?

Psicóloga Mira mi tesis básicamente es una tesis que lo que busca es probar la eficacia de este dispositivo grupal, que lo demostró, en el que los que participan no están medicados. Estuvimos trabajando doce meses, no doce meses corridos, sino doce meses de trabajo real, en un dispositivo grupal, de psicoterapia grupal. Yo tome como hipótesis de trabajo la línea de los franceses que dicen que estos gurises tienen una falla en la función de apuntalamiento. Como los grupos terapéuticos, se sostienen sobre la función de apuntalamientos, la función del grupo es función de apuntalamiento, probamos esto. Entonces hice una evaluación antes y después del tratamiento como diagnostico que apuntó a conocer aspectos atencionales y aspectos de constitución subjetiva. Y bueno, la atención mejoró en todos los gurises. Las técnicas de atención son baremadas y todos pasaron de un u baremo inferior a un baremo medio o superior, de un rango.

Una de las cosas que me encontré, que no esperaba es que en lo que más mejoraron es en la capacidad de simbolizar. Cuando me encontré con esto volví a leer y tiene que ver esto de la simbolización, con esa capacidad de re orientar lo pulsional, de ligarlo a la representación y que no salga por la vía del cuerpo. Es una muestra muy chica, además en un grupo terapéutico con

gurises inquietos, tenia 5 con más no aguantas. Te caminan por los techos, terminas agotados, situaciones que tenías que para la intervención

E: ¿Eras vos sola?

Psicóloga: Si

Uno de los resultados de la investigación son los ajustes del dispositivo, para empezar no un terapeuta solo. Tiene que tener un equilibro de género, yo tenía muchos varones,

E: ¿El grupo decís?

Psicóloga: Si, digo equilibrio de género porque los varones con su característica de género tienen mucha más cosas con su cuerpo y más fuerza además, entonces el grupo funciona mejor si tiene un equilibrio de género.

Yo tenía muchos varones, es cierto que en estas dificultades es más frecuente en varones que en niñas, y ta luego algunos ajustes en los materiales del cuerpo.

Hay que hacer muchas cosas manual

E: Barro plastitcina

Psicóloga: Barro plastilina, a mi me dio mucho resultado hacer títeres, hacer obras con los títeres, eso los engancho mucho. Pero bueno dio resultado, los gurises mejoraron, mejoraron en sus aprendizajes también. En algunos caso, uno de los gurises era demasiado inquieto, y lo saque del grupo y empecé a trabajar con el individualmente.

E: ¿Y con las familias y maestros trabajaste?

Psicóloga: Con los maestros más que nada en entrevista telefónicas, con las familias sí. Sobre todo yo te diría más con las madres porque en general los padres no aparecieron, a excepción de este chiquilín que te dije que lo saque del grupo, ahí el padre si apareció y sostenía bastante. Los padres estaban separado pero el padre estaba bastante se hizo presente. Que también digamos yo quería probar el dispositivo grupal, pero el individual también funciona. La directora del postgrado me decía, vos tenes que demostrar por qué grupal y no otra cosa, yo ya me veo difícil demostrar por qué grupal y no otra cosa. (risas) digo también por el lugar si vos trabajar con dispositivos .

(risas)

No, digo ahí también la cuestión de contexto, si trabajas en el servicio de la facultad, vos tenes que pensar en llegar a distintos lugares.

E: Claro abarcar

Psicóloga: Si, yo te diría que tenes, todas las investigaciones que hemos estado haciendo en relación a estos gurises van por el mismo presupuesto, los supuestos que vamos armando se van viendo, hay, hay fallas en el sostén materno, hay fallas en el sostén paterno.

E: ¿Y crees que las personas estarían abierta a otras alternativas, que no impliquen la medicación?

Psicóloga: Si yo creo que sí, tenemos que tener en cuenta que digamos, que los tratamientos psicológicos siempre tienen un efecto

E: Largo, de plazo largo

Psicóloga: Exacto de plazo largo, y también es cierto que en ciertos casos es difícil la convivencia, en este caso que yo saque al chiquilín del grupo vos escuchabas a los padres y era difícil la convivencia. Hay una situación familiar que claramente abonaba ¿no?. Otro guris también tenía un componente agresivo y entonces claro, estar un año, dos años, es complicado, porque antes de ese tiempo no da resultados. Empiezan a mejorar depende mucho de la constitución subjetiva, de cómo sea, de los recursos con los que cuenta el chiquilín como para poder hacer otra cosa con eso. Pero obviamente los casos más difíciles son los que más demoran en soluciones, e imagínate con 5 6 niños así por clase. Es difícil, yo hay, un aspecto que yo entiendo que llego a comprender. Pero esto no tendría que ser, que no sea como una salida fácil, darle más tiempo a los gurises, esperar, esperarlos.

Entrevista Psicóloga Ana Mosca:

Entrevistadora: ¿hace cuanto tiempo sos psicóloga?

Psicóloga: Yo me recibí en el año 76 y soy egresada del Hospital de Clínicas, o sea mi título originario es Técnico en psicología infantil. En el año 76, en ese momento cuando yo empecé la carrera, en el año 72, solo se podía estudiar psicología en Humanidades o el Clínicas. Luego humanidades cerró un largo periodo y como la carrera del clínica la había diseñado Juan Carlos Carrasco y Mauricio Fernández. Cuando se hizo la carrera y la comisión de reválida a nosotros nos dieron el título de licenciado como en reconocimiento a quienes habían diseñado nuestro programa. Por ejemplo yo era compañera de clase de Víctor Giorgi, en ese momento era un buen lugar, tu estudiabas psicología infantil, tenias materias de psicología en general.

E: ¿O sea que ya sabías desde ahí que tu interés eran los niños?

Psicóloga: Bueno lo que sucede es que yo soy maestra, yo soy maestra especializada en niños con discapacidad. En aquel momento cuando yo me recibí en el año 70 era posible cursar una especializado en el IMS que era el Instituto de Magisterio Superior, de dos años, para trabajar mi título dice con niños con altercación en su desarrollo. Entonces yo trabajé en escuelas especiales con niños con discapacidad severa. Y después ahí me di cuenta que la capacidad intelectual tenia vida y por eso empecé a estudiar psicología hice toda la carrera de psicólogo trabajando como maestra. Y bueno siempre trabaje en temas referido a educación e infancia. Después hice postgrado en psicoanálisis que empecé en la AUDEPP, y actualmente coordino el área de niños de AUDEPP. También hice una diplomatura en derechos humanos especialización en educación, que la hice en la Universidad Católica, pero depende de un Centro latinoamericano de estudios de derechos humanos, y durante un tiempo integré la Comisión de derechos humanos. Lo que sucedió es que últimamente por razones de familia tuve una nietita que me importa mucho colaborar en su cuidado, y tuve que ir, viste, como aliviando de algunas tareas porque todo te lleva mucho tiempo. Ahora trabajo en la clínica, después obviamente empecé a trabajar con adultos y coordino el área de niños con AUDEPP, que eso también es una tarea de mucha responsabilidad. Porque los terapeutas jóvenes que quiere formarse para trabajar con niños o viste que necesitan un postgrado especifico o piden un espacio especifico de supervisión y formación dentro de la AUDEPP y yo coordino ese espacio. Bueno ese espacio es el que yo coordino. Bueno creo que por eso me habrán elegido para hablar contigo. Bueno porque a raíz de esta revista desde la comisión de derechos humanos hicimos una mesa sobre medicalización y patologización de la infancia. En ese momento vino como inventada la doctora Amalia Camiruaga que también es psicoanalista y psiquiatra infantil, pero nos parecía muy importante en ese momento que hubiera un psiquiatra en la mesa. Porque de los temas de patologización, es un tema que nosotros podemos hablar, de los diagnósticos, pero para hablar

de medicalización se necesita un psiquiatra infantil. Bueno yo luego de ahí después seguí trabajando con Analía, hicimos ese trabajo en el año dos mil trece representando a AUDEPP para ese simposio, fuimos en representación oficial del área de niños de AUDEPP. Después de esto, le surge la invitación a María Noel para coordinar un libro, y nos invito a escribir un capitulo. Nosotros en este congreso llevamos una propuesta de taller.

E: ¿Que se proponía desde ese taller?

Psicóloga: Una propuesta de taller para pensar el tema de la patologización un poco como se están construyendo los diagnósticos en este momento con la infancia, y bueno lo que pasa que va un poco de la mano la patologización y la rápida inclusión de las situaciones de los niños en las rápidas grilla. De los DSM seguro va muy de la mano con la medicalización después, porque si a las dificultades de los niños les llamas trastornos, queda como muy alineada a la situación de sugerir la medicalización.

E: ¿Vos integras la coordinadora de psicólogos?

Psicóloga: Si

E: Y la coordinadora tiene una comisión de niños y adolescentes, ¿participas en ella?

Psicóloga: Bueno yo en este momento no trabajo en ninguna comisión específica, dado no cuento con tiempo.

E: (..) Bueno un poco mi interés pasa por preguntarte como entendes la patologización de las infancias ¿Cuál es tu postura sobre estos planteos de la patologización de las infancias?

Psicóloga: Bueno yo creo que hay, siempre decimos desde una mirada psicoanalítica como que hay que pensar como en tres miradas que tienen como un vinculo dinámico lo intrapsíquico, lo interpersonal y lo transpersonal. A mí me gusta empezar por lo transpersonal, que es lo que tiene que ver con las características epocales que van cambiando. Este, por esto es que también la palabra nuestra es rico para los jóvenes, oírnos porque nosotros podemos hablar sobre los cambios epocales. Nosotros vemos como algunas características epocales, como el imperativo por la velocidad también nos atraviesa en la clínica. O sea se supone que uno en cuatro entrevistas, o sea en mi época con un método, como podemos decir, este menos apresurados tu con cinco entrevistas podías hacer una aproximación diagnóstica con un niño. Hoy con el imperativo de la velocidad yo veo que se pretende a veces que en una entrevista se pueda aventurar una hipótesis diagnóstica. Y esto va un poco de la mano con estos manuales un poco descriptores de las conductas de los niños, que pueden parecer que facilitan el tema, pero me parece que el imperativo por la velocidad es una de las características que hace que se aventure. Porque las hipótesis diagnosticas en las infancias siempre son riesgosas. A mí me gusta decir que los psicólogos tenemos que adherir al verbo estar y no al verbo ser, porque nosotros nos ocupamos de la vida psíquica como un dinamismo. Entonces la hipótesis diagnostica siempre tiene algo como que marca. Hoy en día estamos viendo sobre todo lo que tiene que ver con los trastornos globales del desarrollo que tienen que ver sobre todo con expresiones que traumatizan tanto al grupo familiar e implica un pronóstico severo para ese

niño. Yo he tenido la oportunidad de estudiar con Alicia Fernández la psicopedagoga argentina, nosotros fuimos a Buenos Aires a formarnos con ella, un grupo de psicopedagogos y de psicólogos en Uruguay. A raíz de eso a Alicia la estamos trayendo a Uruguay también a un grupo de formación permanente, y ella una de las cosas que nos enseño, ella hace como análisis rico de algunas expresiones que usamos. Una cosa que a ella le gusta decir es como el verbo creer y crear que usamos en primera persona se conjugan igual, cuando yo digo yo creo, esto ella lo ha escrito en algunos de sus libros. O sea como puedo estar diciendo que adhiero a algo o que lo estoy construyendo y en temas de patologización esto es muy importante, porque a veces parece muy eficiente ser capaz de dar una hipótesis diagnostica muy rápidamente, y de pronto no tomamos en cuenta lo que esto implica, desde el rol del psicólogo, desde el peso de nuestra palabra. Desde el pronóstico de vida, además hoy en día la gente puede rápidamente consultar en internet. Porque los excesos es otra característica de nuestra cultura. Entonces está todo como servido en bandeja de alguna forma, este una información masiva que las familias no pueden procesar y que aumentan sus miedos. Entonces me parece que esto también es importante, que tiene algo de lo epocal.

E: Pensando esto de lo época, ¿consideras que estos temas de la patologización ha aumentado con los años?

Psicóloga: Sin duda, sin duda, antes yo creo que asumíamos con mas humildad el no saber, ahora se supone que hay que saber, y viste yo lo veo esto en colegas jóvenes en situaciones a veces como de ir a una Institución a hablar con pacientes, como que exhiben una supuesta certeza que creo que tiene que ser como muy cuidadosamente trasmitida desde la facultad. Este, en nuestra profesión la eficiencia pasa por otros lados, por la humildad, por tratar de comprender a otro.

Hay un libro de Gisela Untoglich, que se llama en los diagnósticos

E: Si, los diagnósticos en la infancia se escriben

Psicóloga: Con lápiz. Que es una metáfora tan sabia para todos estos temas, lo que pasa que a veces hay que tener como la humildad de asumir el riesgo. La vida psíquica, una vez yo tenía un docente que hablaba que es como fotografiar un mar, sacarle una fotografía al mar, para explicitar un diagnóstico inquietante. El profesor Prego, que también tuve la dicha de estudiar con él, con el profesor Prego Silva. Que él hablaba de estas cosas, lo decía ya hace veinte años, el decía nunca con la primer fotografía, aventuren diagnósticos de mal pronóstico. Porque esto sobre agrega como una mirada inquietante en todos los adultos con la que después el niño se va a espejar, y bueno esto también después lo dice Alicia Fernández, de esta otra forma, yo lo estoy construyendo a alguien con un peso de un diagnóstico patológico .

E: Si, en termino generales, como ves vos que se construyen los diagnósticos hoy en día? ¿Cómo los profesionales trabajan con estos diagnósticos?

Psicóloga: Bueno lo que pasa que creo que hay que pensar como poderse mantener más descriptivo, que con esa contundencia, por eso digo, esto también pasa por lo epocal. Parece de más eficiencia poder hacer diagnósticos que pasen por la contundencia de algo acabo y como

así, atado y de alguna manera que queda como estampado en la frente del niño. Me parece que es muy importante tener en cuenta, en este trabajo que escribimos para el libro, hablamos de una pacientita de Analia. Que la mamá, es parecido a una de los capítulos del libro de Gisela no esté ultimo sino del otro, cuando habla del sufrimiento infantil. Ella habla de un niño que dice 7 años y 5 diagnósticos, entre ellos TGD, trastorno oposicionista, y en este caso también es una niña muy pequeña. Que la mamá también en una semana recibe dos diagnósticos y era una niña que su papá había muerto después de un proceso oncológico rápido, que la mamá era una persona que se había venido del interior sin ningún apoyo ni ayuda. Que llevó adelante un embarazo de riesgo, que la nenita nació con bajo peso y a los tres años este, ya la niña contaba con dos diagnósticos. Entonces llega, es una paciente de Analía, y un poco como, eeh, advirtiendo algunas cosas, una mamá perdida completamente, buscando después información en internet, con un llanto interminable.

E: Claro, y el impacto que deja marcas ahí.

Psicóloga: Claro una mujer que venía peleando realmente por el desarrollo de esa niña. Este y bueno, que se nos puede realmente dar situaciones de verdad iatrogénicas.

E: Claro ¿Y vos como manejas como trabajas desde y con los diagnósticos? ¿Cómo es tu forma de construir esos diagnósticos? Partiendo de tu trabajo en clínica, también has tenido experiencias en contextos educativos.

Psicóloga: Bueno, si, si , tuve experiencias desde la psicología en la educación, y yo pienso que desde los equipos estamos más defendidos, como procurar de alguna manera como cierto consenso. Si bien hay algunos momentos como de trabajo, que o sea, el trabajo, digamos de alguna manera, porque los técnicos pueden trabajar en andariveles autónomos, capaz ese es un primer momento, la multidisciplina. Yo lo que quería decir construir desde la multidisciplina en la interdisciplina. Pienso que esa instancia, que la tienen algunas instituciones, sobre todo para diagnósticos complejos, que a pesar de que está bueno que se respete la palabra de cada técnico, pero lograr construir una estrategia terapéutica y bueno una evaluación diagnóstica. En lo posible mantenerse en términos dinámicos que son los más esperanzadores. Yo lo que procuro en este momento, si bien no integro ningún equipo en este momento fijo, lo que procuro es acercarme a otros técnicos, porque un niño no llega solo al psicólogo. Simultáneamente se están haciendo otras consultas y procuro de alguna manera enriquecerme de las miradas de los demás y formular hipótesis provisorias, sobre todo descriptivas.

E: ¿Y hoy en día, también así pensando en rasgos generales que problemas ves que se están presentando más en las infancias, que conductas se están manifestando con más frecuencia?

Psicóloga: Bueno, toda la temática del disfuncionamiento atencional es una vedet de la consulta hoy en día. También citando a Alicia Fernández que es el primer nombre que me surge, ella dice ¿niños desatentos o desatendidos? Lo cual parece paradojal porque nunca hubieron más servicios atendiendo a los niños que se han multiplicado.

E: Verdad

Psicóloga: Ahí está, y sin embargo que está pasando con la capacidad de madurar en la disponibilidad atencional de los niños, es de verdad algo que ha aumentado mucho en lo que es la demanda de consulta. Esa temática y la del aburrimiento, son temáticas actuales que se conectan también. La queja por aburrimiento que en realidad el niño no llega con ese motivo de consulta, pero que se menciona muy seguidamente.

E: ¿Cómo sería esto del aburrimiento? ¿Aburrimiento en qué sentido?

Psicóloga: Aburrimiento, en la queja de aburrimiento de los niños, a mi me parece que en la semiología contemporánea son aspectos como que aparecen mucho. Si bien cada vez se nos es más difícil hablar de los niños lamentablemente, porque hay dos infancias muy distantes una de otras.

E ¿Cómo sería esto de las dos infancias distantes?

Psicóloga: Bueno, al primero que yo oí hablar de esto fue a Juan Carlos Volnovich, un psicoanalista argentino, que también viene a Uruguay a formar. El ya en los años ochenta escribió un libro que se llama El siglo del niño, donde dice , ya lo anunciaba, no vamos a poder hablar más de los niños, porque nosotros vamos a tener infancias que se van a ir

E: Divergiendo

Psicóloga: Ahí está, se van a ir separando cada vez más, la de los niños cuidados, y la de los niños que hay que cuidarse. Porque crecer en desamparo y desprotección produce un sufrimiento psíquico de tal cuantía que va a como generarse una situación de mucha agresividad. Que va a tener que va a ser comprendida y tratada.

Un trabajo que hicimos en el área de niños de AUDEPP también, que llevamos a un encuentro de Latinoamericano de psicólogos que fue interesante, con respecto a los miedos, o sea al cambio de los objetos fóbigenos. El trabajo se llama niños temiendo a otros niños, porque a mí en la aclínica contemporánea me está ocurriendo eso. O sea los niños siempre consultaron por miedos, pero el objeto fobígeno era un extraterrestre, alguien del espacio, este, un zombi. Después empezó toda la temática de los ladrones, pero ahora los niños consultan porque le temen a un igual. O sea a un niño pobre que viene caminando en dirección opuesta. Entonces los niños tienen conductas que a veces se parecen al pánico, y es un motivo de consulta. Compleja consulta, porque los papás te dicen yo le digo que en esa situación le pida ayuda a un portero que entre a un bar, o sea viste las historias de vida, también a veces han tenido tropezones pero creo que no medimos lo que implica para los fenómenos de fragmentación social que el objeto fobigeno sea un igual.

E: Es complejo si., y como continuando con los diagnósticos ¿para vos hay un sobre diagnóstico en los niños?

Psicóloga: yo creo que está facilitado los diagnósticos, que están facilitados. Por eso digo el tema de los manuales, por eso digo que parecen servirlos a la carta, este yo creo que facilitan. Sobre todo por lo angustioso de la incertidumbre, nosotros tenemos un objeto de estudio tan complejo tan complejo. Que yo comprendo, sobre todo para un colega joven, que el punteo de un manual le signifique una referencia. Lo que de pronto no nos han advertido lo suficientemente

es la responsabilidad que asumimos cuando emitimos un diagnóstico, y el peso que va a tener sobre el curso de esa vida.

E: ¿Cuáles podrían ser, esto de los pesos, o los efectos que genera un diagnóstico en los niños?

Psicóloga: El riesgo de lo iatrogénico, sobre todo por eso, porque de alguna manera hay algo engañoso y es como el pretender, porque en estas cosas también viene un poco el préstamo de las disciplinas. No sé bien si esto viene un poco del préstamo de ciencia médica, o sea como que parecería ser que un diagnóstico precoz y temprano nos advierte más. Pero no tomamos la precaución de pensar lo que implica desde lo psíquico, o sea que también trasforma los procesos identificatorios de ese niño que además se usa el verbo ser "yo soy un TGD", porque muchos niños lo dicen en algún momento, los padres lo dicen.

E: Si, si muchas veces hasta es la forma de presentar a los hijos

Psicóloga: Ahí esta, si, si, como el diagnóstico, la carátula de vida de esa persona, y este y hay situaciones que están para investigarse. Una que me parece que esta para investigarse y tiene mucho que ver con los supuestos TGD es la institucionalización de los bebes, ¿verdad? Que claro, estas cosas son muy difíciles decirlas desde un micrófono, porque yo comprendo a las mamás jóvenes que no pueden perder su trabajo. Pero un niño de 2 meses de vida no puede estar nueve horas en una institución, por más que desde el punto de vista de servicios sean óptimos. A la vez comprendo a la mamá que necesita no perder su trabajo, por eso, hay algo que es de muy difícil solución, y tú ves que en el primer mundo se está volviendo a la atención de los niños en las casas. A los grupos de madres que se turnan para atender a los bebes, pero pienso, que hay, y por eso también es algo epocal esto. La institucionalización de los bebes es algo que nos hemos familiarizado con esa idea sin advertir que de verdad hay riesgos. Porque esta cosa del entorno personalizado es como el origen de la vida psíquica, el primer período por eso volviendo a Alicia, ¿no habrán habido fracturas en la atención de estos niños, en la atención personalizada y temprana?, es así.

E: ¿y con relación a la medicación?, si bien vos hablas que para hablar de esto es importante la opinión de un médico, psiquiatra,

Psicóloga: Si, yo te digo la verdad Carolina, tiene que ser un médico que hable, me parece un atrevimiento, lo que yo si veo que me inquieta es lo cuantitativo, por supuesto dentro de esta infancia de los niños cuidados. Es inquietante.

E: Claro, por ahí podemos hablar.

Psicóloga: Es realmente inquietante, y la investigación de Palummo de los gramos, de los componentes básicos, de la medicalización. Que evidentemente en la clínica, muchos niños mejoran, hay algo que produce efectos, pero…

E: ¿Vos actualmente en la clínica trabajas con muchos niños medicados?

Psicóloga: En realidad, ya no trabajo casi con niños en la clínica, estoy terminando algunos procesos, y derivo. Te digo Carolina, en realidad con niños lo que trabajo más es en supervisiones.

E: Igual desde ese lugar ves bastantes casos de niño

Psicóloga: Bueno trabajo si con muchos colegas jóvenes que necesitan acompañamiento y supervisión, o sea tal vez es una visión más macro hoy, no tanto de trinchera como en otra época que trabajaba más con niños cotidianamente.

E: ¿Y, en las supervisiones, hay casos de niños medicados?

Psicóloga: Si, si en las supervisiones si, en muchos casos si no es explícitamente preguntado, no se relata que el niño está siendo medicado, hay que preguntar explícitamente, pero es habitual sí. Otro caso que relata Analia, (..) , ella habla de un niño que también tiene una situación familiar muy pero muy compleja. La mamá con una enfermedad terminal, y ella va como siguiendo al niño sin medicarlo. Acompañandolo al niño con largas entrevistas, lo ve en la mutualista, y en un determinado momento alguien desesperado le dice a la mamá, o desde la escuela "¿pero cómo por qué no lo llevas al neurólogo?". Bueno, entonces el niño, dentro de la misma institución ve a un neurólogo y sale medicado. Además el neurólogo se ocupa de escribir en la historia "niño atendido por la doctora fulana, aún no medicado": O sea ella dice fijate que veladamente queda como un señalamiento por negligencia, como si no se le hubiera ocurrido darle dos medicamentos a ese niño. O sea como que también en los psiquiatras infantiles que están embanderados en pensar la medicación y darse un tiempo de intervalo son después de alguna manera cuestionado por sus propios colegas. Parece que es muy eficiente aquella persona que sabe que tiene tal trastorno y tal medicación.

E: ¿Y por parte de las familias como se da esto? ¿Crees que piden medicación?

Ana Mosca: Ah, sí, piden si, y hoy día como está impregnado un poco en nuestra cultura, es verdad lo que dice María Noel de una forma categórica y que fue muy atacada por eso, pero creo que es verdad. Porque yo he conocido testimonios directos que al niño le han dicho "mirá para volver a la escuela usted trae al niño medicado". O sea como que esto no está escrito en ningún reglamento, pero ha sido derechos que se lo han atribuido desde el aula. Yo entiendo que un niño descompensado desespera, eso lo puedo entender, hasta como docente. No solo eso, sino además el impacto psíquico sobre la vida del docente y el costo a nivel grupal, un niño situación crítica dentro del aula es algo que hay que reconsiderar porque los tiempos de aprendizajes tienen que tener tiempos de calma. Yo eso lo comprendo desde los docentes, son niños que deben estar en inclusión, con un adulto extra dentro del aula. O sea que también entiendo al docente desesperado que dice "este niño así no puede estar en el aula". Este es un mundo complejo Carolina. Con esto de la medicación hay que tener cuidado, viste que una cosa es medicar y otra medicalizar, es muy fino, si puedo decir que veo que es algo cotidianto. O sea que ahí la visión de tres décadas de trabajo me sirven, esto era realmente excepcional en los años ochenta ver a un niño medicado. Incluso el desarrollo de la psiquiatría infantil fue controvertido. Creo que también hay intereses especiales comerciales, vistes que en esta revista que vos ya leiste, se analiza que después de los industria de armamentos, la industria de los medicamentos es la más poderosa del mundo. Creo que hay presión de los laboratorios, pero creo que desde psicólogos podemos decir esto nomás. Desde la sintomatología los niños

mejoran, no sabemos, ni tenemos muy claro los efectos de esta generación de niños de ritalina. Si sabemos que se vincula mucho con lo de de prisa de prisa, y con la concritud. De esto no hemos hablado, o sea, cosa que parecería que si la familia sale de una consulta con un medicamente es "que eficiente este médico me dio este frasco", o sea como que h ay algo en la ideología contemporánea que parece que las palabras valen muy poco.

E: Si, como la necesidad de soluciones rápidas y materiales.

Psicóloga: Si, ahí va, rápidas y concretas, o sea si me tomo esto, velocidad y eficiencia. Eso es lo que se premia en nuestra cultura, y bueno las palabras, las palabras yo que sé.

E: ¿Y por qué crees que se puede dar esto así?

Psicóloga: Pienso que la presión de los laboratorios no debe ser inocente, este, y tú ves que se ha colado hasta en la jerga porque al nominarle trastornos ya queda facilitado.

E: Muchos plantean este tema, como que se está viviendo el lenguaje de los psicofármacos, como el DSM ha construido como un discurso social que la gente se apropia de él.

Psicóloga: Si, si pero y el DSM 5 es como que ha multiplicado todo hasta el infinito, todos padecemos varios trastornos en algunos momentos.

E: Si, si bueno viste que Untoglich también hace todo un análisis de esto del DSM 5, de las nuevas patologías que aparecen y es muy interesante.

Ana Mosca: Si, si, bueno ella estaba en este congreso, claro es de la gente que lleva un poco toda la comisión científica, el fórum.

E: Si, el Forum de Infancias.

Psicóloga: Ahí está, el Forum de Infancias, ella está ahí.

E: Si al igual que Gabriela Dueñas

Psicóloga: Si y Cristina Rojas. Nosotros tenemos mucha relación con Cristina porque ella viene a menudo Uruguay y hace formación por vincular.

E: Y hoy en Uruguay ¿crees que se está tratando la temática? ¿Qué es una temática que importa y preocupa en la sociedad y a nivel profesional?

Psicóloga: No, a mi me parece que no importa mucho, me parece que estamos un poco anestesiados. Si, y siempre con las dos infancias verdad, porque incluso se dice hablando de la otra infancia, como dice Volnovich de los niños que hay que cuidarse. Siempre se dice "y bueno por qué no lo llevaron al médico, a estos niños habría que medicarlos", como si esa fuera la única estrategia. Además esto tiene algo muy claro, si hay alguien con quien podrías hablar es con Marcelo Viñar psiquiatra, es una dicha hablar con él. Él dice que si hay algo que ustedes tienen que tener claro que esto a ustedes lo saca de escena, porque a nadie le interesa la dinámica del conflicto de ese sujeto.

E: Tal cual.

Psicóloga: Entonces, la pelota se va a mover en el ámbito médico, exclusivamente. Hay un descrédito de la profesión del psicólogo acá solapada, que ustedes lo van a pagar en poco tiempo si no hacen algo.

E: Y en tus experiencias de trabajo, con otro tipo de profesionales, en relación a este tema ¿Cómo ha sido el diálogo con otros profesionales? ¿Han podido llegar a acuerdos?

Psicóloga: Y bueno, he tenido distintas experiencias, por ejemplo me ha ocurrido que los padres resuelven llevar a un niño a un psiquiatra infantil en lo que se supone que es una interconsulta y le dicen a los padres que lo retiren de psicoterapia. Eso me ha pasado, y si bien entiendo, que tal vez que si yo te lo cuento así uno diría acá hay un problema ético. Pero tal vez en el buen entender de los padres le han planteado la opción, bueno no es necesario que usted lo esté llevando todas las semanas a la psicoterapia porque yo le puedo hacer un seguimiento, y con esta medicación vamos a tener rápidos resultados y que de verdad desde esa perspectiva sea un planteo honesto. A mí me ha resultado difícil.

E: Pero ¿has podido luego dialogar con esos profesionales?

Psicóloga: Bueno, desde, como te puedo decir, eh, dialogar quiere decir que yo escucho al otro, más bien yo te diría como discursos paralelos, si, en ese sentido he tenido varias experiencias que han retirado a niños de la psicoterapia por ineficiencia. “Si ya hace más de un año que lo lleva, que está esperando, el psicólogo ya hizo lo que tenía que hacer, yo le propongo este tratamiento” “Usted retírelo”.

E: Increíble, bueno yo no tengo muchas más preguntas, solo que estoy muy agradecida, muchísimas gracias.

Ana Mosca: De nada Carolina.

Entrevista Directora María Teresa da Rosa

E: ¿Hace cuanto que sos directora en esta escuela?

Directora: Desde 2011

E: Si tuvieras que decir a rasgos generales que caracteriza tiene la escuela ¿Qué dirías?

Directora: Yo diría que es una Escuela de clase media-baja, donde si bien lo económico no es lo que está más dejado, sino lo cultural. Culturalmente, vos ves familias de cultura más bien baja, donde la educación no es tanto lo más importante en la vida. Sino capaz que es más importante trabajar las diez, doce horas y que el niño vaya impecable. Vos haces en campamento y llevan buenas ropas, pero digo lo que vos ves más hasta a veces la inasistencia de algunos no. Donde vos tenés que llamar, porque la educación es como que está, pero muchas veces se ve el ir a la escuela como un lugar, donde bueno como yo trabajo tantas horas me soluciona la vida, pero no lo veo como la solución a la educación de mis hijos.

E: ¿Y entonces, como es el vínculo de las familias con la escuela como és?

Directora: No, el vinculo es un buen vinculo, es una escuela que surge por decisión del barrio. Entonces vos ves como la quieren, la cuidan la respeta, y vos ves como las familias respetan al equipo docente a la dirección. No tenes un padre que venga alterado, podes tener alguno que venga a decir “yo quiero hablar con ustedes porque no estoy entendiendo esto”, pero desde ese lugar, no desde el lugar del grito.

E: ¿Y es una escuela chica entonces, no?

Directora: Si es una escuela chica, 213 gurises

E: Entrando a la temática, en el momento que ustedes detectan, o ven que hay un chico con determinada dificultad en la clase ¿qué estrategias tienen desde la escuela?

Directora: No es fácil al principio que la familia de una entienda la problemática. O sea para llegar a que el padre, lo que estamos viendo es como que se ha ido haciendo un trabajo, cada año nos cuesta menos. Esto de que el padre va se entrevista y busca la ayuda. Lo que si veo yo es que si busca la ayuda, va a un tiempo pero como que después no sigue.

E: ¿o sea va, busca ayuda y después?

Directora: A veces cuando se medica lo que pasa es que lo medican, y hay un problema con, hay niños que vos ves que un día andan como, y vos le decís “¿tu tomaste la medicación? “si” , “¿no dinos la verdad? “ es que mamá no ha ido a buscar la medicación” por ejemplo. Sobre todo en niños con esas características, vos tenés niños que vos ves, vos hablas con los padres y que si que todo va, como que van un tiempo y como que se entregan.

E: ¿En la Escuela hay maestros comunitarios? ¿Algún equipo que esté interviniendo?

Directora: No

E: ¿Contacto o convenio con alguna Policlínica cercana, local?

Directora: No, no, lo que si tenemos es que cuando se conversa con el padre y se tiene ya claro que el niño necesita una ayuda, nosotros tenemos ya como que le damos el camino. Bueno, anda con un pediatra, cuando tengas la hora nosotros te damos el informe, tú llevas el informe al pediatra. Entonces ya el pediatra deriva rápido a quien él entiende, o al psiquiatra. Por lo general muchos van al neuropediatra es donde se detiene.

E: O sea ¿no llegan a pasar al psiquiatra y o al psicólogo?

Directora: No, a veces, por lo general la idea es del pediatra al neuropediatra. Lo que hacen algunas familias cuando se demoran o el mismo pediatra cuando vuelve, el mismo le da el pasa al psiquiatra.

E: Bueno, pero acá entonces podríamos decir que el proceso empieza cuando la maestra lo detecta.

Directora: La maestra si.

E: ¿y ahí? ¿la maestra te comunica a vos?

Directora: Si la maestra me comunica, que tiene un niño con cierta característica, que hace esto, que se comporta de cierta forma. Que hace esto, que reacciona así, que es violento, que no está sentado ni siquiera un minuto en una silla, porque yo entiendo a un niño de primero no lo vas a tener siete horas y media sentadas. Pero un niño que no puede estar en una silla, y que sale a distintos espacios, y en los distintos espacios tiene problemas, bueno entonces vos, ahí citas al padre y mantenemos una entrevista. Maestro y director, y a veces se suma el profesor de gimnasia, o si el niño es atendido en apoyo con la maestra de segundo, es la maestra de segundo con la de primero. En base a eso se le explica al padre y bueno se le da como este recorrido. Por lo general los padres siguen. Que es lo que pasa muchas veces, los tiempos son muy lentos, son muy lagos, vos precisas a un niño que hoy atienda, y el tiempo a veces lo empezas en primero y la medicación llega en segundo año, o si empezaste en jardinera o nivel cuatro, la medicación empieza en primero.

E: ¿Pero vos decís que entonces la mayoría logra hacer el proceso?

Directora: Si, van, llevan. A veces sabes otra cosa que ocurre, cuando, es como que se sienten muy presionados por la Institución, lo sacan de la escuela y lo llevan a otra, y ahí ya ves el padre como que no que ta, que huyen del problema ¿no?, es un mecanismo, o afronto el problema o huyo. O gente que en este momento se le está planteando “mira que tu niño”, y ya salen con que el año que viene va a ir a una escuela de 4 horas, porque entendemos que siete horas es mucho. Como que buscan otro camino, que capaz que ojo puede ser, pero depende. Tenes padres de todo tipo , padres que de una corre sigue el camino y padres que si que si, pero no. También hemos tenido padres que se niegan.

E: ¿Ahí la escuela hace algo?

Directora: y ahí por ejemplo que no fue el caso de un niño con problemas psiquiátricos, sino el caso con un niño con baja visión, lo que se hizo lo que se le consiguió, acá hay una escuela que atiene a niños con esas dificultades, se le consiguió un pase porque ella decía que no tenía para llevarlo en los ómnibus. Se le consiguió, pero la familia al final se negó, lo que se hizo fue hablar

con la asistente social de primaria ella hizo la coordinación con la intendencia hizo la entrevista, la devolución, y lo único que la madre dijo que no , que estaba trabajando que no podía, y ta el niño sigue en la escuela con el problema.

E: ¿Y aparte del equipo social, por parte de primaria cuentan con la psicóloga?

Directora: O sea, tenemos psicóloga, lo que pasa que en primaria acá hay tres psicólogas para todo el departamento. O sea te conectas cuando son casos muy graves, que ves que son graves. Y bueno vienen a la escuela, yo este año, vinieron dos veces. Pero ta hay casos más graves en otras Instituciones.

E: ¿Y coordinación con SOCAT tampoco?

Directora: no, no.

E: Y con relación a los niños ¿Cuáles son las dificultades que ustedes ven que se presenta con más frecuencia?

Directora: Vos tenes por ejemplo, problema con lo que le diagnostican déficit atencional, muchas veces yo no sé hasta dónde es déficit atencional o es un chiquilín que desde el principio no tiene las normas claras y es muy difícil después cuando entra la socialización como entiendo que están las reglas no.

Y después se crea una dependencia, donde yo pienso en el niño de sexto ¿no?, donde está bastante socializado, entiende cantidad de cosas, pero él te dice, cuando no toma la medicación "yo no me puedo contener, yo no me puedo contener". Entonces no sé hasta dónde es que no se puede contener o es que ya está tan dependiente de eso. Después como los problemas más grandes son eso, o después problemas de conductas, como pueden ser problemas de niños violentos o esos de niños que no pueden estar un rato en una actividad determinada. Pero yo, no sé yo tengo mi hipótesis, la hipótesis que tengo es que son chiquilines que no tienen las reglas claras desde el vamos y que están este, la figura del adulto está muy desdibujada. O sea es como adultos que están pero no están, a veces vos tenes niños que te están contando "lo que pasa que yo ayer me enoje y rompí las cosas porque me enoje con mamá que no me daba la xo". Entonces vos decís ¿Cuál es el adulto? Cuando yo adulto tendría que estar no sé viendo otras respuestas. Yo veo mucha ausencia.

También en segundo, también veo a una de las chiquitas que tiene el síndrome este de Asp

E: Asperger

Directora: ese, es una niña con unos padres realmente preocupados por la situación, y la están llevando a psiquiatra, maestra especializada en aprendizaje y vos has visto un avance desde lo social de la niña. También desde el aprendizaje, cosas que has visto, entonces vos decís desde donde niños que han venido con alguna característica determinada, que capaz hay algo de lo ambiental ahí. Cómo cuando vos tenes esa gente que se para desde ese lugar, de que entienden que hay una situación para resolver, que le ponen el pecho y van para delante, el cambio que va teniendo el niño- (…)

Yo creo que con estos temas, acá lo que está fallando a nivel de recurso para estas situaciones que cada vez son más, pero los recursos no salen. Están fallando quizás la escuela, digo yo voy

a ser autocrítica, ponernos con más presión hacia esa gente que no responde enseguida. Lo que pasa que no tenemos ningún apoyo legal, que vos digas ante este padre que se niega. O si existe, capaz que legalmente existe, sí vos decís se está negando el derecho inherente de la patria potestad de llevar a su hijo a ser atendido en casos, pero la justicia también a veces va muy lento y cuando vos llegás con eso ya está.

No sé pienso yo, porque si yo a una asistente

E: Y ¿existe algún espacio, alguna coordinación a nivel departamental donde se pueda hablar, plantear de esto? ¿Intercambiar, saber cómo hacen otras escuelas?

Directora: No, pueden tener la psicóloga, yo como directora sé lo que ocurre en mi escuela, pero a nivel departamental no.

E: ¿Y a nivel de la escuela existe alguna sistematización sobre estos casos, algún lado especifico?

Directora: Nosotros lo que llevamos en la institución es cada niño como inicia, el momento inicial, como son las distintas intervenciones que ha tenido el niño y lo llevamos indizada y por año. Eso lo tenemos, hay niños que vos ves los avances, un niño que empezó con algo y se lo planteo. Y a veces ojo hay niños que tengo que hacer que vayan en medio horario para que las madres entiendan que tienen que ser medicados, pero eso yo no lo puedo hacer le estoy negando el derecho al niño. Y el otro día yo escuchaba a una psicóloga, que se ve que era de un colegio o algo que ella decía que los niños que generan situaciones de agresión de violencia, que realmente debería plantearse que fueran a un tiempo determinado o que fueran atendidos por alguien determinado porque el resto también tiene derecho de estar en una clase sin ser agredido.

E: ¿Por estos casos, en tu escuela se han dado algunos episodios graves?

Directora: De violencia, no, no en mi escuela no. Nosotros tenemos un dispositivo de convivencia en la escuela instaurado, con asambleas, asamblea por clases, asambleas por delegados. Estamos intentando llegando a la mediación.

E: ¿Participando los niños?

Directora: Si, existe un espacio institucional que son todos los lunes, ahí son las asambleas de clase, a la hora que el maestro planifique, que ahí se plantean las reglas las normas, si hay un problema determinado se plantea. Después lo que surge es que cuando, tendría que ser una vez por mes, a veces no ha sido, nos reunimos la dirección con los delegados para conversar, hablar y ver cómo van. A su vez, hay delegados para la hora de juego, ellos arman juegos, lo dirigen, ponen las sanciones que ya están realizadas. Y esos son delegados que ellos se proponen y lo organizan una vez por mes, y eso ha bajado mucho los nieles de violencia..

E: ¿Por qué crees que eso influyo en los niveles de violencia?

Directora: Y porque ellos deciden, porque el niño piensa el niño reflexiona, se equivoca y bueno en que te equivocaste y hay una reflexión desde los adultos con ese niño. O sea hay un manejo del conflicto positivo.

La convivencia en la Escuela de Tiempo completo está pensada con tiempos y espacios, y bueno este dispositivo ya tiene en esa escuela desde el 99, y se ha ido avanzando y eso baja los niveles de violencia.

E: Buenísimo, y retomando a los niños que están en estos procesos y han ido ya a distintos profesionales, ¿Cuándo tienen que tomar medicación, como se maneja la escuela?

D: Mirá por lo general, eso fue un tema, porque hay una circular que dice que los maestros no podemos dar medicación a los niños, los niños van siete horas y media. Entonces la mayoría de los niños vienen medicado desde su casa, pero hay niños que tienen que tomar después de la comida. Eso fue todo un tema, porque yo en primer año tuve conflicto con una madre, ahora la niña esta en quinto, se enojó y todo. La inspectora por via oral me dijo que le digiera que lo trajera y que lo tomara, yo le dije que me lo diera por escrito y no me lo dío. Entonces yo lo que hice fue, la madre me hizo un papel en que ella se comprometía ante cualquier situación, porque yo lo que digo una pastilla determinada ante un niño que estragos puede hacer. Entonces, yo me deslindaba de toda responsabilidad y le puse por orden de la inspectora en línea telefónica , la niña fulana de tal tomará la medicación administrada por ella misma, haciéndose responsable de cualquier situación que ocurra su mamá. Yo lo firmé y lo guarde en la carpeta, nunca pasó nada, ahora este año salió una circular que dice que los niños que están en escuela por más de cuatro horas los maestros podemos hacernos cargos de darle la medicación.

E: Así que ahora, ustedes reciben la medicación y ustedes se la dan a los niños?

Directora: Si, la madre viene te la da, sea cualquier medicación, sea un antibiótico cualquier, la madre te la da .

E: Y bien con respecto a la forma en que estos niños se integran en la escuela en sus clases ¿ustedes consideran que se integran bien?

Directora: Este como se integra, lo que pasa que el niño que es medicado a veces tiene reacciones medias , mira cuando están medicados, yo te digo al niño de sexto vos lo miras y ni decís que esta medicado, es un niño totalmente integrado, no hay ninguna dificultad con él y el grupo. Claro nosotros tenemos dos medicados, yo pensaba solo en uno, el otro Gonzalo si, por que tiene dificultad en el lenguaje, en el sí, vos miras y es como que hasta situación de bullying.

Donde vez mas las dificultades son los chiquitos, porque son por lo general los que generan el conflicto, generan el problema aunque estén medicados.

E: ¿Por lo que venimos hablando, como evaluarías tu los efectos de la medicación?

Directora: y algo atenúa el problema, pero no, para mí no es la solución a ese problema, para mi muchos de esos niños, si no van acompañados de una terapia, no hay grandes cambios. Y no hay, porque a nivel de primaria son solo determinadas veces, te va te hace la entrevista con la madre y ta, cuando va, cuando puede ir. A nivel mutualista son solo psicodiagnósticos, en el hospital es lo mismo, y si no tiene que ser pago y muy poca gente tiene que como para pagarlo. Pero yo creo que la medicación por sí sola no es la medicación por si sola, es más yo tenía una

vez un niño que era tratado por psicóloga y ella se negaba que lo medicaran porque ella decía que la terapia no tenía sentido.

Tiene que haber rubros para intervenir, un lugar que diga que la salud metal tiene que ser tratada como cualquier otro problema.

E: Se que desde la última reforma en salud, con el Sistema Nacional Integrado de Salud, se ha hecho mucho más hincapié a nivel de la salud mental. Por ejemplo en adultos, y en Montevideo y me imagino que tiene que ser en todo el país, las mutualistas tienen que ofrecer procesos de psicoterapia a costos muchos más económicos, no sé bien como es en el caso de los niños. También otra cosa es ver qué tipo de tratamientos se brindan desde las mutualistas y desde que miradas, pero ese es otro tema.

Directora: Si eso es todo un tema también.

E: O sea que la realidad de hoy, es que si ustedes detectan que un niño tiene un problema y consideran que necesitan de otra intervención, la ayuda, el aporte de otro profesional, pasa por un diagnóstico y si es necesaria una medicación, pero queda por ahí? ¿No hay otras alternativas?

Directora: A veces lo que tiene es seguimiento de psiquiatra, que al psiquiatra va a veces cada tres meses.

E: ¿Y ustedes han tenido casos, en donde por parte de ustedes consideren que hay un niño con una dificultad y que cuando va al psiquiatra o empieza algún proceso, el que lo atienden no coincide con ustedes?

Directora: No, no eso no, sabes lo que pasa, no es que nosotros seamos tan inteligentes , porque una vez a mi me decía una neuropediatra “cuando el niño y el informe viene de un maestro hay que poner el ojo porque algo hay” y no es porque nosotros seamos tan inteligentes, no. Nosotros estamos en una clase con treinta niños lo que sale de una norma te hace pum, pum, pum, se ilumina, porque digo es lo mas simple, esa es la razón. Vos tenes una clase, y hay niños que pueden ser inquietos que pueden ser de alguna forma, pero esos niños no son, los otros resaltan. O los que están totalmente callados ni siquiera te hablan a vos, o aquel niño que no se queda un minuto quieto. Nosotros tenemos una niña, que ni la lleva a ningún lado, porque ella de niña era igual, y la niña no te habla, tampoco es normal eso. Porque si el niño que molesta todo el rato capaz que si, pero esa niña que no te habla tampoco es normal.

(…) A nosotros lo que nos pasa es que de los psiquiatras no tenemos ninguna devolución, ellos te dicen que no te hacen ninguna devolución. Ellos para atender al niño te piden un informe tuyo, pero cuando uno le pide un informe de parte de ellos no te devuelven.

E: ¿No te dan ningún tipo de informe?

Directora: No, lo que si por ejemplo si el niño va a un psicomotricista eso si, de los psicomotricista de los psicólogos, pero de los psiquiatras no.

E: ¿Y o sea que ustedes tampoco tienen ningún tipo de relación con el psiquiatra?

Directora: No, no sabemos que fulano de tal el que lo atiende, y los diagnósticos nos los enteramos por la familia.

E: ¿Y vos que sos maestra ya hace tiempo, y directora, ¿cómo ves a los niños? ¿Actualmente hay más niños diagnosticados que antes?

Directora: Y yo trabajo del año 88 a la fecha, el numero de niño con dificultades en la parte mental o de conducta, es mucho más, mucho.

E: Y para vos esto ¿por qué puede ser?

Directora: Y yo opino que es esto que te decía, padres ausentes, con muchas horas de trabajo, las madres que han sido adolescentes eso también se da, como que hay un permitir todo, y se da una adolescencia, por ejemplo tengo niñas que no tenían ningún problema y ahora se acercan a la adolescencia y están generando un problemita más. Pero cuando vas a hablar con la madre, están más adolescentes que la gurisa. Que otros factores, yo por mi hay factores ambientales, puede ser algunos casos de familias que tienen componentes psiquiátricos, y también como ese cambio de la figura del niño en la sociedad. Por ejemplo el niño de antes era el niño al que nosotros estábamos formando, hoy el niño es el dueño de la verdad, y la familia los tienen en esos lugares. Recién ahora estamos teniendo como un cambio, donde ya dice el adulto referente de la institución tiene una carga. Pero yo ve, no por mi caso, pero si veo los niños que los padres han golpeado, la razón la tiene el niño. Instituciones que han perdido el respeto por parte de las familias.

E: ¿Y las maestras, tu, como ven, que piensan sobre los diagnósticos?

Directora: No, como que uno cuando ven y tiene un niño con ese diagnostico, entonces, va se investiga, ve de qué forma puede y bueno por lo menos tenes la respuesta a ese comportamiento diferentes ¿no? Es distinto cuando un niño tiene un diagnóstico y sabes a que tenes que atenerte, a cuando tenes un niño saltando por todos lados y no sabes que es lo que le pasa.

E: ¿Y desde la formación de maestros se trata la temática? ¿Se ve algo de esto?

Directora: Algo, más que nada sobre dificultad de aprendizajes.

E: Ahí, va ¿Y los maestros en tu institución son jóvenes, mayores?

Directora: En la escuela el promedio esta ente los 42 y 50 y algo, la más joven debe tener 39.

E: Ya como para ir cerrando, me queda solo una pregunta, que es el hecho de que si la investigación que ahora es solo un pre proyecto, pero si la llevaría a delante ¿a la Escuela le interesaría una propuesta que trabaje con estas temáticas?

Directora: Si claro que sí, encantados.

Datos aportados por la directora previos a la entrevista grabada, en relación a los niños que se encontraban medicados expresó:

Nivel inicial: 2 niños

Primer año escolar: 5 niños de un total de 30 niños

Segundo año: 2

Tercer, cuarto y quinto año : NO hay niños medicados.

Sexto año: 2 niños

Encuentro con Psiquiatra Nora Rodríguez.

La entrevistada, no quiso ser grabada y propuso un diálogo sobre la temática. Por lo que se plantea acá los temas tratados en el encuentro:

Se intercambia sobre:

- Su perspectiva en torno a la existencia o no de la sobremedicación en los niños/as de nuestro país
- La formación transitada por los psiquíatras, los años de estudio, y el desprestigio de algunas perspectivas que no toman en consideración esto, desvalorizando de la profesión.
- Los discursos que plantean “psicoterapia si, psicofármacos no” como opuestos.
- Los elementos que hacen determinar un diagnóstico y el proceso que conlleva ese diagnóstico
- Lo complejo que es para la familia aceptar que un niño necesita comenzar un tratamiento con psicofármacos.
- La vergüenza que le puede generar en algunos casos a los niños el hecho de tener que estar medicados.
- Lo importante de preguntarle a los niños, de integrarlos y saber que piensan ellos sobre la medicación.
- La necesidad que tienen a veces los maestros de diagnósticos
- Sus experiencias como profesional y los efectos distintos de que pueden producir los psicofármacos.
- La necesidad de entender que cada niño es único
- La importancia de ser responsable a la hora de medicar
- La necesidad de incluir a la familia
- Las diferencias que hay en el sostén y acompañamiento de los niños/as según las clases sociales.
- La importancia de indagar de forma comparada la realidad en dos instituciones educativas distintas.
- Como la idea que la familia se construye en relación a la medicación, genera efectos de adherencia o no al tratamiento.
- El proyecto INTERIN
- El trabajo de los equipos interdisciplinarios de ASSE.
- Como los psicofármacos son solo una parte del tratamiento y del trabajo del psiquiatra.
- La necesidad de abordajes integrales.

- La diferencia en lo que son las posibilidades de trabajo en conjunto en el ámbito de salud público o privado.

La entrevista con Nora, fue una de las entrevistas que más me generó cuestionamientos en torno a mis planteos, elecciones y fundamentos conceptuales. Más allá de los acuerdos o divergencias con algunos de sus planteos, esta entrevista aportó nuevas contemplaciones para mi marco teórico y cuestionamientos en las formas en que conceptualizo y entiendo la medicación en las infancias. Adoptando una mirada más flexible y abierta sobre el tema.

Asimismo, su manera de comprender el trabajo en conjunto, desde una interdisciplina que realmente colabore con el proceso del niño y con su posibilidad de una atención en salud integral, fueron aportes relevantes y de cierta forma esperanzadores.

Por otra parte, me satisface escuchar, desde una profesional como Nora, que se considere desde la psiquiatría al psicofármaco solo como un componente más del tratamiento. Aún así me quedan dudas cuanto espacio-tiempo se le puede dar a la otra parte del tratamiento en prácticas enmarcadas en ciertas Instituciones con sus particularidades y características.

Considero también de relevancia, el hecho de cómo entiende importante indagar en torno a cuáles son las ideas que se hacen la familia y él niño en relación a la medicación en niños/as, ya que ella considera que eso repercute en la adherencia al proceso. Lo cual es fundamental para poder lograr los objetivos de una intervención.

Afines a mis objetivos de investigación, resaltó lo bueno de pensar la temática incluyendo tanto a una institución de carácter público y privado.

Fui invitada también, a ir a dialogar y ver cómo actúan los equipos de salud mental de ASEE, a lo cual le aclare que dado los tiempo, no entraría en mi Trabajo Final de Grado, pero igual acordamos quedar en contacto, ya que esta es una gran propuesta.

Información inédita: Formó parte de la construcción de este trabajo final, el poder participar de un Simposio sobre Infancia y Discapacidad, realizado en Facultad de Ciencias Sociales. En él mismo se expusieron posturas e investigaciones interesantes que tratan sobre la temática. Se eligió uno de los simposios para ser registrado en este trabajo. Asimismo Ana Mosca, aportó un material inédito que ella realizó para otro Simposio en Argentina, ambos se adjuntan, para que todo aquel que quiera saber sobre la temática pueda encontrar aquí material de no tan fácil acceso.

Desgrabaciones de presentación del Seminario "Infancia y discapacidad" Una mirada de las ciencias sociales, organizado por Facultad de Ciencias Sociales y en apoyo de Unicef.

Desgrabación : Simposio sobre "Medicalización en la Escuela" Mtro. Mauro Hernández y Mtra. Lorena Oliver.

Maestra: Nosotros presentamos a grandes rasgos todo el camino que lleva reconocer a un niño que como se destaca ese niño que vamos a decirlo como se denomina dentro de la escuela, niño que tiene una conducta que se desajusta de un parámetro de normalidad. Esa normalidad nosotros entendemos que tiene que ver con un montón de expectativas que hay sobre las escuelas, expectativas del lado de la familia, del lado del docente, del lado de la escuela y mismo del niño. Pero sobre todo tiene que ver con ciertas personalidades que tienen que responder ciertos objetivos o la llegada de ciertos logros.

En general en las escuelas el colectivo decide cuales son los logros que va a alcanzar el niño en cada clase, además de que las escuelas como institución tiene ciertas cosas a alcanzar comunes a todas las escuelas todas las edades. Frente eso no nos vamos a poner a cuestionar por una cuestión de tiempo, ahora ese rol ese lugar y esos objetivos que hay que alcanzar. Lo que si podemos cuestionar es la manera en que cada uno se hace cargo de esas situaciones y ahí es donde aparece la derivación.

Nosotros entendemos que frente a esa situación de observar a un grupo de niños de determinada edad donde se propone determinadas tareas, siempre hay como un modo estándar de funcionar en esos grupos y siempre hay niños que con ciertas características resaltan en un grupo de determinada edad. La cuestión es cómo se asume esa forma de destacar, hay niños que se destacan por ser muy inquietos otros por ser conversadores otros por lo contrario ser muy callados, por ser tímidos otros por participar permanentemente. Acá nosotros no vamos a cuestionar el tema de la derivación compulsiva que se ha dado en los últimos tiempos, a partir de la cual entendemos que muchos docentes que frente a un niño " distinto", por favor tómenlo con comillas, enseguida hace informe de derivación como también es parte de nuestra tarea nos llega el pedido de datos del niño, donde muchas veces sin ver al niño nos llega un papel con titular de que patología tiene ese niño. Pensando en condiciones ideales, en las condiciones en

las cual frente a una determinada situación el docente agota todas sus estrategias pedagógicas y no supo que mas hacer desde su tarea con un determinado niño. Frente a esto la estrategia siempre es la derivación, se conversa con la familia se busca entender un poco de que se trata la vida del niño fuera de la escuela, ver otro perfil del niño quizás. Pero la verdad es que la derivación es el siguiente paso a seguir como si fuera un especie de mapa de ruta. Nosotros entendemos que esa derivación sufre como una desolación, donde la intervención nuestra queda como que no podemos ante esa situación, y el docente sigue en su clase con el niño intentando que la familia lleve al niño al médico. Frente esto se pide un informe a un profesional. Cuestionamos el vinculo como profesionales pedagógicos con los otros técnicos de la salud que reciben una situación que se puede presentar bien mal, nosotros con ese profesional que va a tender la salud del niño, y la familia del niño en el mejor de los casos. Con ese profesional, el único y primer contacto que tenemos es un informe escrito que describe cosas que nosotros observamos las cosas de la escuela y se las enviamos al profesional. En general mi experiencia es que nunca puedo poner todo lo que quiero dentro de un informe, y dudo mucho, o sea hay un montón de situación que van por detrás, incluso ese informe es enviado por la familia al profesional, por lo cual es muy sutil la información que hay que poner hay cosas intimas de las familias que no puedo poner en el informe. (…).

El segundo contacto que vemos es a través de visitas del equipo multidisciplinario, que en general responden a programas de primaria de ANEP. Ahí vemos una situación que se reitera, los equipos visitan las escuelas conversan en general con la dirección para ver cuáles son los casos más complejos más vulnerables frente a eso nuevamente nosotros elaboramos un informe. Nosotros observamos la misma situación, la devolución hacia nosotros es un diagnostico , una explicación más o menos que es lo que observa en el niño cuando coinciden que algo está pasando.

El tercer vinculo que tenemos con los especialistas es a través de la familia, esto para nosotros trae muchas complicaciones, porque la familia es la depositaria de que el niño no responda en un lugar ni más ni menos que en la escuela, para las familias sigue siendo EL espacio donde el niño debe funcionar.

Por otro lado, hay un montón de cosas de expresiones de lenguaje, de formas que se genera ana situación de incomprensión en que la familia realmente se ve ,por lo que nosotros percibimos, confundida, molesta, pero sobre todo se genera una sobre exposición del niño, una vulnerabilidad de ese lugar del niño. Es como que estamos reforzando la vulnerabilidad del niño. Pero bueno, y en el medio está la familia que va y viene la familia molesta, que va y vine, que se queja de que la maestra le dice una cosa, y que otro otras. Una situación de reforzar y acrecentar la molestia que se da con el niño. Por otro lado también vinculado a esto, ah permeando, creo que en todas las instituciones está pasando, el lenguaje de los técnicos en la sociedad. En la tele se habla de patologías medicas, en la tele, en los reclames se hablan de patologías medias, en las escuela se realizan informes que hablan de patologías médicas. Hay como una liviandad de hablar de esa forma, nosotros vemos eso como una dificultad que no

debe ser jugada como falta de profesionalidad, sino como una situación que se está dando a nivel cultural ,que tiene que ver con hacer público, todo lo que sucede en los espacios cerrados y privados. A partir de esas cuatro cosas, nosotros vemos que hay un vínculo que está en déficit entre los profesionales y los maestros,

La escuela y el maestro se enfrentan con una dificultad, por lo que está presentando una dificultad a otra profesional, voy a subrayar "otro profesional", y la devolución que tenemos es o un desprestigio de nuestra visión por uno de los lados, como algo muy común, donde ante el informe del maestro la respuesta del profesional es "yo no veo lo mismo".

Maestro: Lo que intenta decir con lo del desprestigio de nuestra visión, es una cosa común bastante común que sucede que ante el informe del maestro la respuesta del otro profesional es "yo no veo lo mismo". No veo lo mismo, entonces ese informe es como una cosa , como una ficción que al maestro se le ocurrió escribir con unas características del niño que después en el consultorio no se ven. Evidentemente, una persona no es igual en una clase que en un consultorio, a eso nos referimos con el desprestigio de la visión nuestra.

Maestra: También esto ha sido reforzado por una superación, nosotros consideramos que hay una carencia por parte de la escuela, de la contemplación de las características de las nuevas infancias. Eso no tiene punto de discusión. Creo que ha colaborado a esto también, esa cuestión de maestras desbordadas y toda esa situación que se genera a partid de que no se sabe contemplar las características de los niños que construyen otras subjetividades. Bueno, esa es una de las formas y una de las devoluciones que tenemos, y es la más negativa para nuestra tarea. Primero porque nos desmoraliza absolutamente, viendo que realmente se ha probado todo lo medianamente alcanzable para trabajar con ese niño.

Realmente para nosotros es como un muro en frente, hasta uno se pone a pensar hasta en que está fallando como persona. Porque decís de qué manera tengo un acercamiento si hay un montón de instituciones quizás trabajando con estas familias, y nosotros estamos viendo lo mismo y desde el sistema de salud no se puede contemplar que todos nosotros estamos planteando esta situación. Pero, en el mejor de los casos se concuerda, o se valora esa observación que se le hace al niño en este espacio que es la escuela, y los pasos siguientes serían una terapia, o quizás asesorar a la familia que no haga falta una terapia, conversar con la familia, o bueno en muchos casos lo que se ha entendido es la medicación.

Frente a esto, tenemos una respuesta que es un niño medicado, ese niño medicado al otro lunes vuelve a la escuela con una medicación que cambia su conducta. Realmente nosotros hemos visto creo que acá nadie va a dudar de que existe una modificación de la conducta por lo menos en los primeros tiempos generan niños adormecidos, niños que cambian su conducta. (..) Siendo por lo tanto una solución parcial donde el niño se inserta nuevamente en la misma practica. Entonces a partir de que nosotros entendimos, que a partir de que un niño es diferenciado de un grupo por sus comportamientos, y frente a este vinculo que tenemos que los otros profesionales totalmente alejado, desvinculante en realidad, al niño se lo comienza a observar por sus carencias. A partir de ahí elaboramos un poco algunas ideas desde las teorías.

Maestro: Bueno yo soy Mauro, lo que voy a hacer yo es encargarme del análisis teórico de todo este relato que hicimos, que nos parecía importante trasmitirles porque este, de repente nosotros lo vemos todos los días pero no todo el mundo sabe lo que pasa dentro de la escuela. Bien, entonces vamos a irnos un poquito hacia lo teórico como para después volver a analizar todo este relato que hizo Lorena

La primera cuestión que es importante para nosotros es, y pensando en el principio de lo que contaba Lorena, es decir cuando nosotros detectamos, encontramos un niño distintos, bueno ponernos a pensar cómo es que un distinto es distinto. A partir de que normalidad nosotros podemos enmarcar a ese niño como distinto. Vamos a hacer un análisis más amplio de cómo funciona la sociedad y de qué tipo de personas genera esta sociedad. Eso sería de alguna manera lo que genera la normalidad. Ahí tomamos una idea de Cristina Corea, que ella habla del papel de los medios de comunicación en la sociedad. En el sentido amplio, no solo es canal 12 sino en general esta cuestión comunicativa que atraviesa cada momento de nuestras vidas, este. Ella plantea la idea de que, hay una institución mediática, es decir el conjunto de los medios son una institución mediática y por lo tanto comienzan a formarse subjetividades, es decir maneras de ser. El problema ahí, es que esa manera de ser que genera los medios y que es permanentemente requerida por la sociedad, uno tiene que tener esa manera de ser en mayor o menor medida para funcionar en sociedad. Es particularmente contradictoria con la subjetivada que la escuela necesita, que sería una subjetividad pedagógica. Es decir una subjetividad pedagogía, es decir las formas de ser, los hábitos que yo tendría que tener para aprender sería saber prestar atención, tener disciplina, poder quedarme quieto un rato. Poder tener constancia, que son todas el tipo de actitudes y las formas de ser que justamente la subjetividad mediática no requiere. Al contrario uno tiene que ser flexible inmediato, tengo que poder cambiar de un tema a otro rápido, este, tengo libertad entre comillas para moverme dentro un cierto abanico de cosas.

Ahí es cuando nos ponemos a pensar, bueno la escuela en general con la gran mayoría de los niños, logra que ellos suspendan esa subjetividad mediática que tienen en el resto de su día, para poder estar en la escuela y medianamente trabajar y medianamente aprender. Están estos otros niños, que no logran suspender esta subjetividad, es decir que no logran suspender esa cuestión de cambiar todo el tiempo lo que están haciendo, parase moverse, no poder mantener una línea de pensamiento sino cambiarse siempre ir de un lado a otro. Entonces terminamos marcando como distinto al niño que lo que hace es adquiriendo tan bien la subjetividad que se necesita para estar en sociedad, que no la puede suspender. Es decir tiene tan incorporada esa cuestión mediática, que cuando llega a la escuela y tiene que hacer otra cosa no sabe o no puede. Bien, y para pensar en tender un puente entre esas dos subjetividades o encontrar la manera de poder actuar con eso. Es que nos parece importante desarrollar un concepto que es pedagógico y que nos parece que es un contexto importante en pedagogía y que hay que empezar a rescatarlo, que es el concepto de igualdad.

La igualdad tiene en la pedagogía, varias concepciones que nosotros diferenciamos con otros términos. La primera concepción de igualdad, es la de la escuela tradicional moderna de Varela, donde esa igualdad es conocida como homogeneidad, es decir había que construir la republica, había gente muy distinta entonces lo que había que hacer era homogenizar. Todos medianamente conocemos eso, porque es una cosa que la escuela todavía mantiene siendo ampliamente criticada y vista en todos lados. (…) Bien el tema que esa escuela de hace 50 años, tenía una potencia y una legitimidad, que le permitía homogenizar. Por supuesto que a los ojos nuestros de ahora, era una cosa terrible. Pero la escuela tenía una legitimidad social que le daba ese lugar y la escuela lograba homogenizar entre comillas porque tenía la legitimidad y las fuerzas para hacerlo. Bien, y ahí entra la segunda concepción, parienta de igualdad, que es la que empezó cuando esa legitimidad de la modernidad se comienza a derrumbar. Que es con la llegada del neoliberalismo, que hay un montón de cambio en la concepción educativa y un montón de cuestiones que lo que hacen en América Latina y nuestro país, y esto es una cosa tomada de Pablo Martinis, a quien le debemos mucho. Lo que hace es trocar la igualdad por el concepto de equidad. ¿Qué es la equidad entonces?. Se hicieron un montón de estudios sociológicos en los cuales la conclusión básicamente era que los niños no aprendían porque eran pobres. Entonces se define algunos niños como carente y a partir de esa carencia lo que hay que hacer para que ese niño aprenda, es suplir esa carencia, entonces comienzan los comedores escolares, se reparten pilot, se da tolerancia en el liceo. El tema es que eso uno de sus principales efectos es que genera la imposibilidad de aprender en algunos sujetos, y sobre todo que corre el centro de la responsabilidad de educar, de la escuela a factores externos. Es decir, que este niño, o no tiene nada que ver con lo que haga el maestro en clase, sino que tiene que ver con factores externos, con que el niño es pobre, carente. Estoy siendo un poco bruto pero perdón me quedan cinco minutos. Nosotros decimos que estos conceptos de igualdad y equidad, parecen un poquito en este caso de los niños que derivamos a un diagnósticos. Esos dos conceptos están como cruzados. Por un lado tenemos la homogeneidad que nos dice “este es el distinto, tenemos que hacer algo, tenemos que marcarlo para que sea homogéneo con los demás”. Por otro lado tenemos la equidad, porque bueno en cierto punto decimos nosotros no podemos con este niño, este niño no tiene la capacidad de aprender, no decimos “bueno nosotros tendríamos que cambiar la manera, no decimos “este niño no puede aprender. La escuela de cierta manera tiene esa lesión del neoliberalismo que le sacó toda esa potencia que tenía en la modernidad, que repito no es que queramos volver a eso. Pero de alguna manera le quito esa capacidad de hacerse cargo y de transformar verdaderamente a los sujetos, o de por lo menos creer en poder transformar a esos sujetos. Entonces deriva la posibilidad de transformación de los sujetos a otros profesionales, fundamentalmente a la medicina.

Bien para ir cerrando entonces, vamos al concepto de igualdad que es el concepto que proponemos nosotros. Consideramos que la igualdad es un punto de partida a priori de la educación. Es decir para yo poder conseguir el acto de educar en sí, tengo que partir de la base de que el que está en frente mío es un igual y que tiene las posibilidad de aprende. Y de que

todos los seres humanos tienen la capacidad de aprender y de que todas las inteligencias son iguales. Si son iguales, después nos peleamos sin quieren pero yo lo voy a decir. Entonces si partimos de la base de la igualdad, ahí es que podemos empezar a creer que el otro puede aprender. Otro concepto que nos ayuda ahí, es de Paulo Freire y es inacabamiento que habla Freire. Freire dice que los sujetos son inacabados, que aún están por completarse permanentemente, a diferencia de los humanos tenemos la conciencia, sabemos que no somos completos y emprendemos ese camino por completarnos hasta el final de nuestras vidas. Entonces ahí, nosotros vemos, bueno tenemos este niño distinto que tiene ciertos problemas para adaptarse, ¿Por qué eso termina siendo una condición física del niño? Una característica casi genética, ¿no puede ser que la escuela transforme todas esas cosas? ¿los maestros no tenemos la capacidad de hacer todos esos cambios en una persona?

Bien, para ir cerrando, a través de esos conceptos pensemos, nosotros como maestros y como gente que estudia pedagogía, no nos atrevemos ah decir si hay que diagnosticar o no hay que diagnosticar, o si hay que medicar o no hay medicar. Lo que nosotros decimo es cómo vamos a tomar ese diagnostico, cómo vamos a construir el diálogo con los profesionales, y con los profesionales de la escuela. ¿Yo voy a tomar ese diagnóstico como una carencia como una persona que no puede aprender porque tiene ese diagnóstico? ¿O lo voy a entender como una persona que tiene posibilidades de aprender? Y ahí es que entra esta cuestión de la comunicación. Si yo soy un maestro y pido una derivación y me llega un título que dice Déficit de hiperactividad, yo no tengo idea lo que significa ese diagnóstico. O sea, yo lo que necesito saber es cuáles son las características de ese niño y por qué lado yo le puedo entrar, porque a partir de ahí es por donde yo voy a poder armar mi trabajo. Por eso yo consulto a otro profesional, para que me aporte, porque el trabajo de educar es mío, de la escuela.

Como para cerrar una cosa que nos parece importante, es que esa comunicación entre profesionales en vez de tener estos caminos. En donde la familia lleva el informe, comenta algo, profesionales que van visitan la escuela totalmente ajenos. Proponemos tener institucionalmente otras formas más continuas, y sobre todo más respetuosa entre las instituciones, y de los niños por supuesto. Como conclusión una de las más importante es esto de la comunicación y las formas de comunicación, y por otro lado pensar eso reconstruir esa capacidad transformadora de personas que tiene la escuela, la educación en general; y que hay veces que bueno, parece que podemos transformar a algunos si y a otros no.