



Universidad Nacional del Comahue

Centro Universitario Regional Zona Atlántica

Departamento de Psicopedagogía

Autora: Luciana Guenomil Muñiz

Directora: Marina La Vecchia

Título: *Intervenciones de los/as psicopedagogos/as en la clínica con niños y niñas que son caracterizados como hiperactivos/as en la época actual.*

2023. Viedma, Rio Negro. Argentina.

Agradecimientos...

A mi familia. En especial a mis padres, Andrea y Oscar, que confiaron en mí desde el primer momento.

A mis amigas, que me acompañan desde siempre.

A la Universidad Pública, por enseñarme el valor de la solidaridad y los actos colectivos.

A mi directora Marina, por los momentos de reflexión, la apuesta a este trabajo y la invitación a seguir pensando.

ÍNDICE:

-Agradecimientos.....	2
- Abstract.....	4
- Fundamentación.....	4
- Estado del Arte.....	6
-Marco Teórico.....	11
- Objetivos.....	14
*Generales	
*Específicos	
- Marco Metodológico.....	15
- Capítulo 1 “ <i>Época actual: contexto de patologización, medicalización e hiperactividad.</i> ”	17
- Capítulo 2 “ <i>Construcción del concepto de niño/a con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).</i> ”	26
- Capítulo 3 “ <i>Intervenciones de los/as psicopedagogos/as respecto a la construcción del diagnóstico de hiperactividad</i> ”	32
- Reflexiones finales.....	44
- Bibliografía.....	46
- Anexos.....	50

Abstract- El tema seleccionado se ubica en el ámbito de la clínica psicopedagógica con niños y niñas, y cómo los profesionales psicopedagogos intervienen con aquellos que fueron caracterizados como hiperactivos en espacios escolares y familiares. Esta problemática es entendida en un contexto actual de patologización y medicalización de las infancias y adolescencias que caracteriza a estos niños con etiquetas diagnósticas inamovibles. En ese sentido es importante poder abordar esta problemática ya que los psicopedagogos en tanto profesionales deben estar advertidos de sus posicionamientos al momento de intervenir en la clínica. En la misma línea, es prioritario preguntar de qué manera son enunciadas las demandas actuales, qué es lo que se hace con ese encargo social y en qué consisten las intervenciones de profesionales psicopedagogos/as con niños y niñas que llegan con una etiqueta de hiperactividad.

El objetivo es conocer y comprender cómo intervienen los psicopedagogos en la clínica con niños y niñas caracterizados con hiperactividad en el contexto de época actual en la ciudad de Viedma, Río Negro (2023).

Con relación al Estado del Arte se ubicó que los estudios sobre medicalización y patologización demuestran que estos han traspasado el campo de la medicina escabulléndose al de la educación y la salud, lugares que nos son propios a la Psicopedagogía. Desde nuestro campo disciplinar se investigó sobre las prácticas profesionales y, en específico, las intervenciones de los psicopedagogos en espacios como el ETAP.

Para llevar a cabo este proyecto se utilizará una metodología de tipo cualitativa. La población serán los psicopedagogos que hacen clínica con niños y niñas de la ciudad de Viedma. La muestra se conformará con 5 a 6 psicopedagogos que se dedican al trabajo clínico. Se utilizarán entrevistas abiertas y en profundidad para lograr comprender cómo llevan a cabo sus intervenciones los psicopedagogos.

Fundamentación- En el presente proyecto la temática se recorta a la clínica psicopedagógica con niños y niñas que se encuentran escolarizados y que llegan con sus padres a la consulta porque en las escuelas “molestan”, “se mueven mucho”, “son hiperactivos”. El movimiento de estos niños/as irrumpe en la escena escolar, específicamente en el aula, son niños inquietos, que no pueden quedarse sentados como los y las docentes desearían. Anuncian su presencia como torbellino que irrumpe en la

escena escolar y parece molestar a docentes y familias. Ante esa presencia ¿Qué lectura hace el profesional psicopedagogo? ¿Cómo interviene? ¿Cuál es la posición que sostiene frente a las problemáticas de la época actual?.

La problematización se enuncia de la siguiente manera: ¿Cómo intervienen los profesionales psicopedagogos con niños y niñas que llegan a la consulta clínica caracterizados como hiperactivos/as en el contexto de época actual? en la ciudad de Viedma, Río Negro (2023).

Ese malestar que se vivencia en las aulas e incluso en los hogares es nominado de diferentes maneras por los padres, docentes y adultos significativos. Los niños y niñas son derivados/as con rótulos muchas veces inamovibles con el objetivo de que los psicopedagogos/as lo ratifiquen e intervengan en ese sentido, esto es lo que se denomina encargo social. En ese sentido, es prioritario preguntar qué hay detrás de las demandas actuales y en qué consisten las intervenciones de profesionales psicopedagogos/as con niños y niñas que llegan con una etiqueta de hiperactividad. Esta problemática necesita ser estudiada en un contexto que contribuye a la patologización y medicalización de las infancias. No se puede negar la posición de poder en la que los/as psicopedagogos/as nos encontramos cuando de diagnosticar e intervenir se trata, en ese sentido, es prioritario comprender cómo se responde al encargo social por estos niños y niñas etiquetados cuando su estar en la escuela es vivido como problemático. Se parte de la idea de que la renuncia a ese poder es lo que posibilita una práctica ética y humana.

El modo de intervención estará directamente vinculado a las concepciones que cada profesional sostenga respecto a los/as niños/as, el diagnóstico, la intervención y en este caso la hiperactividad, por mencionar algunas categorías relevantes de la clínica psicopedagógica. La posición profesional no es azarosa, más bien se trata de un posicionamiento teórico y epistemológico que se sostiene en la práctica clínica.

Es posible ubicar dos posicionamientos profesionales a grandes rasgos: por un lado, el que hace una lectura de lo observable como signo que declara que algo no funciona, que se ha corrido de lo normal, abundan entonces los múltiples trastornos que proporciona el DSM V y otros manuales diagnósticos actuales, propios del modelo médico hegemónico. Por otro lado, se encuentra otra postura que toma en cuenta al sujeto como portador de un síntoma, esto incluye el contexto del niño/a y su familia, así como los

discursos que los atraviesan. En este caso, la demanda es leída e interpelada por el profesional.

Son conocidos múltiples trabajos e investigaciones referidas a la temática que señalan que la época actual se caracteriza por procesos de patologización y medicalización. Las demandas actuales que provienen de escuelas y familias parecen seguir esa misma lógica al buscar soluciones rápidas para re-incorporar a la norma a aquellos niños. Sin embargo, la Psicopedagogía podría ubicarse desde un posicionamiento crítico que aboga por la subjetividad de los niños y niñas, que aborda la problemática desde una mirada compleja y en pos de los derechos de aquellos que padecen. Allí se ubica precisamente el objetivo de este proyecto, poder vislumbrar dichas posiciones, esclarecerlas para entender si hoy los psicopedagogos se hacen eco de las problemáticas actuales sobre los diagnósticos y si sostienen una mirada atenta para no caer en la lógica neoliberal patologizante. Se partirá de la idea que de acuerdo al tipo de posicionamiento que adopten los profesionales en la clínica psicopedagógica tendrán en cuenta o no los imperativos del contexto actual.

Comprender este fenómeno resulta fundamental para poder problematizar las intervenciones profesionales de los/as psicopedagogos/as en este contexto. Se pretende complejizar la práctica clínica psicopedagógica, ahondar en las concepciones que subyacen a la misma puesto que esto enriquecerá nuestro campo disciplinar para poder conocer las distintas posiciones que allí se encuentran. Entre un sujeto que padece, atravesado por múltiples dimensiones y discursos, comprender qué posición sostienen allí las y los psicopedagogos permitirá vislumbrar si se trata de una mirada que borra la subjetividad bajo una caracterización diagnóstica cerrada o, por el contrario, se trata de un esfuerzo clínico de trabajar éticamente con niños y niñas, teniendo en cuenta los discursos que los atraviesan, desde su ser sujetos.

Estado del Arte- La revisión bibliográfica realizada permitió observar que existen varias investigaciones sobre la problemática de la hiperactividad en niños y niñas en edad escolar desde el propio campo disciplinar como de otros.

Por un lado se ubicó desde el campo de la Sociología los resultados del trabajo de la Dra. Eugenia Bianchi (2009) denominado “El déficit de atención con hiperactividad (ADHD). Indagaciones acerca de la normalidad estadística en el cuerpo del niño”. El

objetivo consistió en conocer cómo la medicina contribuye, a través del diagnóstico y el tratamiento, a establecer aquello que es considerado enfermedad, y qué efectos de poder suscitan estas construcciones en las personas en las que recaen, en particular a las referidas al déficit de atención con hiperactividad (ADHD) en la infancia. La metodología fue de tipo cualitativa desde una perspectiva teórico-metodológica que toma los aportes de Michel Foucault. Se analizaron distintas fuentes como manuales, escalas, cuestionarios y test psicométricos, libros y artículos de páginas webs de Argentina. Se ubicó a modo de conclusiones que la formación discursiva llamada ADHD contiene elementos que se encuentran en formaciones históricas discursivas “[...] como capas arqueológicas que también han tematizado el mismo objeto: el niño anormal (Bianchi, 2008).” (Bianchi; 2009, p.15). Al mismo tiempo se concluyó que el intento de control de los niños desatentos fue tomado por el discurso médico hegemónico produciendo efectos de poder.

Otra referencia de la misma autora, E. Bianchi (2015) titulada “El futuro llegó hace rato. Susceptibilidad, riesgo y peligrosidad en el diagnóstico y tratamiento por TDAH.” Ese trabajo de investigación tuvo por objetivo analizar los discursos de profesionales de la salud respecto a las posibles vidas futuras de niños, en relación con el diagnóstico y el tratamiento por TDAH. La investigación optó por una metodología cualitativa con un diseño flexible. Recolectó los discursos de los profesionales de diferentes libros, artículos periodísticos, sitios de internet, etc. con entrevistas en profundidad tanto individuales y grupales. Se realizaron 45 entrevistas en CABA en el periodo entre Octubre 2007 y Marzo 2011. La muestra fue seleccionada de forma intencional y no probabilística, consistió en profesionales que se desempeñaban tanto en ámbitos públicos como privados. Las entrevistas siguieron cuatro tópicos: enfermedad, enfermo, tratamiento y fármaco. A modo de resultados se pudo concluir que los profesionales de la salud sostienen conceptualizaciones teóricas que no necesariamente se condicen con la práctica clínica respecto al diagnóstico y al tratamiento de niños con TDAH. Según la autora, se trata de una “hibridez” puesto que da cuenta del modo en que se ponen en juego dispositivos, tecnologías, saberes, discursos y prácticas respecto al TDAH.

Desde el campo de la Psicopedagogía se ubicó una investigación de la Dra. Soledad Vercellino (2004) que lleva por título “La (des)aparición de la dislexia: una mirada sobre el saber psicopedagógico desde la perspectiva de Michel Foucault.” El escrito tiene por objetivos comprender las condiciones de posibilidad de esa (des)aparición y la

incidencia del discurso y la práctica psicopedagógica en dichas condiciones. Para el estudio se tomaron los resultados obtenidos en una indagación realizada en el CURZA en el periodo 2001-2002 que tuvo como muestra a un grupo de profesionales en psicopedagogía que son a su vez docentes en la universidad. La autora tomó algunos conceptos teóricos de M. Foucault. A modo de resultados se ubicó a la psicopedagogía como discurso privilegiado en tanto se configura como una instancia de delimitación, es un marco de referencia de las superficies de emergencia, es reproductora tanto de las superficies de emergencia como de las instancias de delimitación por lo que, en consecuencia, se propone que los profesionales psicopedagogos deben sostener una postura de vigilancia epistemológica. Este trabajo constituye un aporte significativo en tanto refiere a la misma disciplina psicopedagógica, interpelando a los psicopedagogos en sostener una vigilancia epistémica y analiza en clave de (des)aparición una problemática de la clínica psicopedagógica.

Siguiendo con el campo de la psicopedagogía se toman los resultados de un grupo de investigaciones que formarán parte del capítulo de un libro de Gisela Untoiglich (2013) realizados por María Aparecida Affonso Moysés, Cecilia Collares y Gisela Untoiglich. El producto surge como un ensamble de tres investigaciones que se desarrollaron en diferentes ámbitos y países. Las tres fueron realizadas en Argentina y Brasil, se preguntaron: ¿cuáles son las concepciones y mecanismos que conforman y mantienen el proceso de medicalización y patologización del aprendizaje y el comportamiento en la infancia?. El objetivo de este trabajo fue revelar el modo en que se van construyendo e instalando los procesos de patologización y medicalización de la infancia. Se centraron en los discursos de los adultos indagando cómo conciben los problemas de los niños y a qué causas los atribuyen. La metodología fue cualitativa, se realizó un estudio de caso. La muestra contó con 40 casos, 20 niños argentinos y 20 brasileños de entre 6 y 12 años, derivados por escuelas y traídos por sus padres a la evaluación pediátrica en Brasil y la evaluación psicológica/psicopedagógica en Argentina. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas. Como conclusiones se destacó que todos los casos derivados ponían el foco en el niño, en busca de la confirmación de un diagnóstico. En las entrevistas realizadas a los profesionales todos afirmaban que las enfermedades individuales son la principal causa de los problemas de comportamiento y aprendizaje. Finalmente, el análisis de los discursos no esclarece la profesión de quién los dice, esto da cuenta que

los procesos de medicalización no necesariamente precisan a los médicos para su sostenimiento.

En tercer lugar, se ubicó la tesis de grado de Paula Quezada (2018) que se nominó “El posicionamiento que adoptan los profesionales que integran los Equipos Técnicos de Apoyo Pedagógico (ETAP), entre ellos los psicopedagogos, en los procesos diagnósticos de niños/as sospechados o rotulados con la sigla TDA/H y qué efectos producen en la escolarización de los mismos” dirigido por la Mgter. María del Carmen Porto y Co-dirigido por la Lic. Daniela Sánchez. Con respecto a la metodología la tesista utiliza un enfoque cualitativo, la muestra se conformó por los integrantes de los equipos de ETAP de las zonas I, II y IV. Finalmente, en las conclusiones Quezada (2018) da cuenta de que el uso en nuestro país del denominado TDA/TDAH surge en la década del 90, y aunque los profesionales del ETAP sostengan que su uso ya no es vigente, es en los discursos cotidianos que puede pensarse que la problemática se mantiene en boga. Las estrategias que se desarrollan en las escuelas recaen en la exclusión de los niños y niñas del ámbito socio-escolar. En cuanto al diagnóstico surgen diferentes tendencias, por un lado quienes lo ubican como una afección orgánica mientras que otra parte como un constructo social que encubre la intolerancia de la sociedad frente a toda conducta que se aparta de lo que se considera normal. Los profesionales psicopedagogos del ETAP en sus discursos sostienen que el malestar sigue circulando pero al asociarlo a cuestiones orgánicas el tratamiento queda reducido a medicaciones y patologías. Como consecuencia, las intervenciones de los profesionales dejan a estos niños caracterizados desde el déficit y la patologización y las estrategias referidas a lo escolar se reducen a la exclusión del ámbito socio-escolar para esos niños/as. Finalmente, la autora propone seguir ampliando las investigaciones para profundizar el modo en que responden a la demanda escolar los profesionales psicopedagogos y los modos en que intervienen. Sobre esta línea temática se ubicará este proyecto de tesis.

A partir de las investigaciones encontradas se consideran algunas cuestiones. Las conclusiones de las investigaciones de E. Bianchi (2015);(2015) y S. Vercellino (2004) presentan como resultados que los diagnósticos, desde la perspectiva teórica foucaultiana, son formaciones históricas discursivas que se configuran en un momento determinado. Algunas adquieren mayor relevancia en una época determinada. El aporte de éstas conlleva a pensar y reflexionar en la formación histórica discursiva que

adquiere hoy la hiperactividad en el campo de la Psicopedagogía. Al mismo tiempo se torna relevante el aporte respecto a las discrepancias en los discursos e intervenciones que llevan a cabo profesionales de la salud respecto al diagnóstico y el tratamiento con niños con el denominado TDAH; la relevancia de este estudio en particular refiere a la posición y el discurso de los profesionales con relación al diagnóstico de Hiperactividad.

Por su parte, la investigación de Affonso Moysés, Collares y Untoiglich (2013) pretende comprender los mecanismos que conforman y mantienen los procesos de medicalización y patologización en el campo de la salud y la educación lo que brinda un paraguas para posicionarse frente a la problemática anunciada en este trabajo.

Desde la propia Psicopedagogía se realizan importantes aportes sobre las condiciones de posibilidad de una patología, la cual se podría tomar para comprender la emergencia de la hiperactividad. Tanto Vercellino (2004) como Quezada (2018) dan cuenta en sus resultados de un intento por comprender las prácticas psicopedagógicas. Si bien el escrito de Vercellino (2004) pone el foco en las condiciones que hacen posible la (des)aparición de la dislexia, es posible pensar desde esta perspectiva la problemática de la hiperactividad. En particular, Quezada (2018) pone el foco en las intervenciones de los/las psicopedagogos/as del ETAP en Viedma (Río Negro) y queda abierta la posibilidad de profundizar la investigaciones por el cómo responden a la demanda los profesionales psicopedagogos en otros espacios. Esta investigación es afín a este proyecto que se constituye en un antecedente fundamental en tanto permite comprender el modo de intervención y los supuestos diagnósticos que sostienen los profesionales psicopedagogos.

En síntesis, puede inferirse a partir de las investigaciones que es posible ubicar que los diagnósticos y patologías se configuran como tales en una época particular, tal como se piensa desde la perspectiva foucaultiana. Esta construcción de diferentes patologías remarca un proceso de diferenciación entre lo normal y lo anormal, lo cual también va modificándose en cada momento histórico. Por otro lado, que los múltiples estudios sobre la medicalización y la patologización demuestran que éstos han traspasado el campo de la medicina escabulléndose al de la educación, lugar que nos es propio desde la Psicopedagogía. Desde nuestro campo disciplinar se investigó sobre las prácticas profesionales y, en específico, las intervenciones de los psicopedagogos en espacios

como el ETAP. Se sostendrá que la novedad de este trabajo es intentar conocer y comprender las prácticas psicopedagógicas en otros espacios de la práctica clínica.

Marco teórico- En la época actual caracterizada por un capitalismo neoliberal, se impone una lógica de regulación de los sujetos y sus vidas. En estos tiempos, el malestar y la angustia no son bien tolerados en la esfera social. La propuesta que impera en este contexto busca eliminar lo subjetivo, el riesgo, el error y el síntoma.

Se pretenden modelos determinados para los sujetos que produce, como consecuencia, que muchos queden por fuera de la norma. Todo ello prepara el terreno para el avance de los procesos de patologización y medicalización (Untoiglich, 2013). Estos modelos formateados no sólo afectan a los adultos sino que se ubica que los modelos normalizadores afectan y condicionan a los niños y niñas, específicamente a los que están insertos en las escuelas.

Cada época histórica ha construido modos de entender lo normal y lo patológico, la salud y la enfermedad, “cada sujeto se enferma de lo que puede en la época histórica que le toca vivir” (Untoiglich; 2020; p.55) así como para determinar los modos de tratamiento que han variado en el tiempo. Dice Gisela Untoiglich:

“el término patológico proviene del griego pathos, que fue traducido como enfermedad, pero también posee otra aceptación que es, sufrimiento. Sin embargo, esta última cuestión no suele ser tomada en cuenta, sobre todo cuando se trata del padecimiento de un niño. Generalmente se hace referencia a la molestia que les ocasiona a los adultos las conductas del niño, pero pocas veces se aborda el sufrimiento del pequeño.” (2009, p.2)

Los niños y niñas que habitan hoy las escuelas se ven atravesados por estos procesos patologizantes que condicionan su devenir en la escolarización. No se trata de cualquier tipo de niño sino de aquellos niños que se mueven en el aula, que no pueden quedarse quietos, que en su movimiento molestan a los docentes porque no se comportan como se esperaría. Son nombrados como “dispersos”, “inquietos” y hay un no saber hacer en relación a la práctica docente en el aula cuando se trata de trabajar con aquellos niños.

Se dirá que la patologización refiere a cuando existen problemas que están por fuera del ámbito de la medicina y son definidos a modo de trastornos y abordados como

problemas médicos; este proceso está usualmente acompañado de la medicalización, proceso donde se busca eliminar los síntomas con el uso de fármacos. (Untoiglich; 2013). Actualmente, Dueñas (2022) y otros autores desarrollan la idea de que en la sociedad se presenta un giro de la medicalización a la biomedicalización. La transformación fue posible producto de mecanismos de control y regulación que son internalizados en los sujetos, de esta manera los procesos de etiquetamiento traspasan a los profesionales de la salud y llegan a manos de padres y docentes, instalando que algo no funciona. Este problema luego se re-direcciona al consultorio de profesionales psicopedagogos.

En el presente trabajo se pondrá el foco en la hiperactividad o como su nombre técnico lo indica: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Este diagnóstico parece instalarse no sólo en nuestro país sino en el mundo con gran fuerza. Surge en 1984 en la Academia Americana de Psiquiatría, aunque se sostiene que los criterios diagnósticos eran amplios y vagos por lo que escapaban a cualquier realidad científica; el paso del tiempo consiguió que la hiperactividad fuera categorizándose e incluso se subdividió aunque las autoras siguen advirtiendo muchas irregularidades en su clasificación (Untoiglich, 2013) . En el caso de Argentina es factible ver que el TDAH hace su aparición y magnificación a partir de la década del '90 y queda instalado fuertemente.

El avance en el terreno de las neurociencias impulsadas por las lógicas del Mercado, deriva de un extremo biologicismo que no comprende la complejidad de los procesos subjetivos del ser humano:

“Procediendo de manera sumaria, esquemática y carente de verdadero rigor científico, se hacen diagnósticos y hasta se postulan nuevos cuadros a partir de observaciones y de agrupaciones arbitrarias de rasgos, a menudo basadas en nociones antiguas y confusas. Es el caso del llamado síndrome de ‘déficit de atención con y sin hiperactividad (ADD/ADHD)’ [...]”
(Untoiglich; 2013; pp.35-36).

La Psicopedagogía como campo que se ubica entre el de la educación y de la salud no está exenta de la época histórica en la que transita. El contexto actual desarrollado anteriormente puede condicionar la práctica profesional de los psicopedagogos que

realizan clínica con niños y niñas. Los diagnósticos forman parte del proceso de un tratamiento clínico pero el modo en que se ubiquen los psicopedagogos frente a las demandas indicará un camino particular del tratamiento psicopedagógico.

La clínica psicopedagógica en términos de Gisela Untoiglich (2013) refiere a un lugar donde las acciones son entre varios, un terapeuta que se dispone a encontrarse con el sufrimiento de un niño, y un niño que desplegará un malestar en su propio tiempo. El espacio clínico es un lugar de encuentro; el terapeuta no sólo trabajará a la par con el niño y con los padres sino también con la escuela para pensar en conjunto nuevas estrategias de abordaje. Se dirá que la clínica psicopedagógica será el lugar donde son derivados aquellos niños y niñas escolarizados con sus etiquetas diagnósticas. Desde allí será importante comprender la posición que adoptarán los/as psicopedagogos/as con el encargo social respecto a la hiperactividad.

En esta misma línea, interesa dar cuenta que aquí se comprende al niño/a con sus aspectos evolutivos, biológicos pero fundamentalmente atravesado por los discursos que los adultos sostienen. Fernando Osorio (2007) sostiene que, desde la perspectiva del psicoanálisis, puede arriesgarse tres aristas en las que representar al niño: “1) un niño no es nada más allá de lo social. 2) un niño es una sustitución. 3) un niño es, primero, en el campo del Otro”. (p.24). El niño/a se inscribe en la novela familiar, cada niño/a sostiene un lugar de pura singularidad en su propia historia, es por ello que no se puede aventurar a hacer generalizaciones respecto a las infancias; se trata de comprenderlas y alojarlas desde su complejidad.

Los diagnósticos que se realizan en la clínica psicopedagógica son absolutamente necesarios y forman parte del proceso de cura, pero no deberían constituirse nunca en una marca indeleble del sujeto. Funcionan como brújulas que orientan a los profesionales, pero que su construcción puede modificarse por diferentes factores como el desarrollo del niño y el trabajo mismo del profesional (Untoiglich, 2013).

Se sostiene que para el transcurso del tratamiento psicopedagógico serán necesarias las construcciones diagnósticas que realice el profesional, ellas también indicarán los modos de intervención que se adopten en la clínica psicopedagógica con niños y niñas. No es ingenua la posición en la que se interviene. La intervención psicopedagógica tiene

que ver con tomar parte en un asunto, ya que las intervenciones se relacionan con el intento de dar respuestas y están orientadas desde una posición teórica.

La problemática que nos convoca da cuenta del valor de indagar las intervenciones de los profesionales psicopedagogos en la clínica, se toma la intervención desde el desarrollo teórico de Beatriz Janin (2013) quien diferencia dos posturas, una que apuesta a la singularidad del sujeto, a construir y brindar un espacio para un otro semejante-diferente, donde predominen las preguntas por sobre las certezas. La otra postura, pretende realizar de forma rápida una clasificación diagnóstica priorizando para ello los signos observables.

Aquellos discursos que atraviesan y conforman al sujeto serán leídos bajo las condiciones de época desarrolladas con anterioridad. En esta sociedad actual donde el imperativo son sujetos dóciles, cuál es el lugar en que se deja a las infancias que son rápidamente caracterizadas con hiperactividad. En el movimiento se denuncia un malestar, por ello vale la pena problematizar los modos de intervención de los profesionales psicopedagogos/as cuando niños y niñas llegan caracterizados como hiperactivos.

Los y las psicopedagogas en ese sentido se encuentran en una posición privilegiada. Siguiendo la conceptualización de N. Filidoro (2021) dirá que la posición “[...] se ubica entre una posición del mundo (tesis filosóficas) y su encarnadura social e histórica en valores morales y políticos [...]” (p.158) y desde allí se tomarán decisiones sobre los aspectos significativos y centrales, así como los teóricos y metodológicos. Los/as psicopedagogos/as adoptan una posición en la podrán ubicarse para intervenir respondiendo al encargo al dar una respuesta rápida o arriesgarse a sostener el malestar para poder mirar de forma crítica una situación que va más allá de los niños y niñas denominados como hiperactivos. Allí, en el espacio de la clínica ¿qué lugar para esos sujetos? ¿De qué tipo de intervenciones se trata?.

Objetivos Generales- Conocer y comprender las intervenciones psicopedagógicas en la clínica con niños y niñas que llegan caracterizados con hiperactividad. Viedma, Río Negro (2023).

Objetivos específicos-

- Indagar el lugar que otorgan los psicopedagogos a la época actual y sus efectos en la práctica clínica psicopedagógica.
- Indagar la concepción de niño/a con TDAH que sostienen los profesionales psicopedagogos.
- Conocer los modos de intervención de los profesionales psicopedagogos en la clínica con niños y niñas.

Marco metodológico- Por la esencia del objeto de investigación se considera pertinente ubicar este proyecto en una investigación de tipo cualitativa. La misma intenta identificar la naturaleza de un fenómeno particular, con sus relaciones y sus significados, dando cuenta de un proceso que se genera en un grupo determinado en un momento particular.

Vasilachis (2006) con relación a este tipo de investigación, dice que el enfoque cualitativo se interesa por la forma en que se comprende el mundo, por cómo se produce y experimenta. Busca comprender el proceso, el contexto, aquellos significados, experiencias y sentires de los sujetos que lo conforman. Es por ello que este tipo de investigación se considera mucho más pertinente para conocer y comprender, en este caso, las intervenciones psicopedagógicas en la clínica con niños y niñas caracterizados como hiperactivos/as en el contexto de época actual.

Esta investigación se encuentra localizada en la ciudad de Viedma, Río Negro durante el periodo correspondiente al año 2023.

La unidad de análisis, definida como cada uno de los elementos que constituye la muestra, refiere en este caso particular a las intervenciones de los psicopedagogos que hacen clínica.

La población es el conjunto de las unidades por las que se desea obtener información. Para este proyecto de tesis, la población se constituye con los psicopedagogos que hacen clínica privada con niños y niñas caracterizados con hiperactividad de la ciudad de Viedma (Río Negro). Respecto a la muestra, la misma se constituirá con 5 a 6 psicopedagogos/as dedicados a la clínica privada con niños y niñas.

En esta investigación en particular se tratará de un muestreo no probabilístico puesto que los sujetos con los que se pretende trabajar serán seleccionados de acuerdo a la accesibilidad que tengan a la realización de las entrevistas, siendo todos psicopedagogos que hacen clínica privada. Como técnica de recolección de datos se utilizarán entrevistas semidirigidas que refiere a una situación de interacción entre dos o más participantes con un objetivo particular. Se seleccionó la entrevista puesto que se considera una herramienta privilegiada para poder indagar las intervenciones de los psicopedagogos a partir de encuentros abiertos que permitan indagar a fondo respecto a la temática.

CAPÍTULO 1

“Época actual: contexto de patologización, medicalización e hiperactividad.”

Gabriela Dueñas (2019) advierte que es momento que en nuestro país se lleve a cabo una reflexión sobre si los procesos de patologización y medicalización de las infancias sostienen una violencia simbólica (pero también real) que se ejerce sobre los derechos de niños y niñas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad social.

Se dirá que la patologización refiere a cuando existen problemas que están por fuera del ámbito de la medicina y son definidos a modo de trastornos y, en consecuencia, abordados como problemas médicos. Al mismo tiempo, ésta problemática es acompañada por otra que se denomina medicalización, la cual consiste en medicar los trastornos antes mencionados cada vez desde edades más tempranas. (Untoiglich; 2013). Actualmente, Dueñas (2022) y otros autores desarrollan la idea de que actualmente se presenta un giro de la medicalización a la biomedicalización. Esta transformación fue posible por varios aspectos. Las empresas farmacéuticas extendieron al mercado algunas enfermedades como “TDAH”, “TGD”, “TEA”, etc. con nuevos mecanismos comunicacionales para que se internalice el problema como un trastorno diagnosticado que puede ser controlado por fármacos. La industria entonces se re-dirige ahora a los consumidores, es decir, los padres de esos niños y niñas. Por su parte, Untoiglich (2013) sostendrá que la biomedicalización supone la internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los individuos y ya no se necesita de la vigilancia médica.

Los problemas propios de la vida cotidiana son tomados por la medicina como áreas de implicancia y leídos como enfermedades. Dueñas (2022) sostiene que de esto ya hablaba Foucault, quien sentenciaba que “la medicina es una estrategia biopolítica” (1996; p.87 en: Dueñas, 2022, p.7) y durante el siglo XX la medicina comienza a funcionar fuera de su campo tradicional, adentrándose a otros campos a través de las demandas. Dicha problemática avanza ejerciendo control y poder sobre la vida de las personas. Ahora bien, vale preguntar cuáles son las condiciones para que el niño “desatento” se convierta en objeto de los discursos médicos, psiquiátricos, psicopedagógicos y cómo intervienen en consecuencia los profesionales psicopedagogos.

“Foucault (2008) plantea que “La enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado” (p.21). Se considera el proceso de medicalización como fundamental para entender cómo los sujetos y las sociedades se transforman en blancos de intervención de los dispositivos del poder.” (Untoiglich; 2020; p.56).

Padres y maestros son protagonistas de estos procesos al demandar a partir de las consultas diferentes respuestas para lo que los niños y niñas presentan como síntoma. El avance de los diagnósticos a modo de siglas se posiciona como el principal aliado para resolver dichos problemas. Sin embargo, ¿qué lugar para el decir en relación al sufrimiento que tienen los niños y niñas que portan estos signos?. La palabra de ellos parece vetada, quedan reducidos a los observables sin poder decir algo sobre aquello que les ocurre.

“En verdad, lo más preocupante es que, cuando el sufrimiento psíquico se mantiene tapado, oculto, estos niños y adolescentes quedan lanzados a la acción. Y, cuando comunican lo que les pasa del modo en que pueden, lo hacen desmintiendo la angustia y el dolor por el vacío que encuentran en el mundo adulto, y quedan sujetos a sus propias impulsiones.” (Dueñas, G. et al; 2013; p.17)

La idea de un mundo en el que los niños y niñas son entendidos como deficitarios y peligrosos para los adultos referentes comienza a ser una preocupación porque los primeros quedan expulsados de la sociedad al salirse de lo que se considera “normal”. Con las etiquetas y la clasificación se produce un mecanismo de exclusión para los niños y niñas que los portan; al mismo tiempo los diagnósticos como el TDAH son adoptados a modo de nombre propio por los mismos niños y niñas.

José Ramón Ubieto y Marino Pérez Álvarez (2018) plantean que “nombrar los malestares, a través de las etiquetas psicopatológicas, es sin duda una forma de colonización de la infancia” (p.32), esto en relación a una fuerte tendencia a nominar, nombrar y clasificar aquello que se escapa de la norma, lo que proviene de la ciencia biomédica. Cuando estas clasificaciones son dadas los niños y niñas las interiorizan, esto niega el nombre propio y adquieren la etiqueta como su nueva identidad. Sobre la

hiperactividad, dicen: “[...] hay esa clasificación de niños TDAH y niños no TDAH. Me parece que es importante destacar esa diferencia como un efecto nuevo que introduce, en su rigidez, la fijación de algo que todavía está en construcción.” (2018; pp.42-43).

Los niños y niñas en conjunto con sus familias, pasan a convertirse en usuarios de un sistema que parece verlos como consumidores. Eugenia Bianchi (2012) a partir de la lectura que hace de Nikolas Rose plantea que tendríamos que ubicar en esta época un proceso de normalización, esto se da porque los denominados ahora “usuarios” se perfilan como consumidores, guiados por los deseos del Mercado y no por una necesidad médica. Sostiene la autora que, a diferencia de quienes postulan que los niños/as y sus familias se encuentran en una posición pasiva ante estos procesos, en realidad se trata de un consumo activo, de una elección guiada por la promesa de felicidad y completud.

Dueñas (2022) plantea que durante el S. XXI que se rige por las lógicas neoliberales nos encontramos con una reversión del modelo positivista atravesado por la biomedicina y la industria farmacéutica. La autora sostiene que existe una relación directa entre estos últimos y los medios de difusión que terminan colonizando la mirada de los profesionales del campo de la salud.

El discurso médico hegemónico, a través de la medicalización a los sujetos, se impone desde una lógica de poder que condiciona, cataloga, diagnóstica y, en consecuencia, excluye. Así lo entiende Esteban Levin (2013) quien dice “[...] Cuanto antes se instrumentan los elementos de poder y vigilancia para dominar, encuadrar, estandarizar y normalizar a los niños, mucho mejor para el desarrollo del mercado global, relacionado con la salud corporal y mental” (p.118). Esta influencia de poder impone una normalidad a la que todos los ciudadanos deben adaptarse, el problema ocurre cuando algunos sujetos se alejan de esa normalidad y eso es leído entonces como patológico. La normalidad se prescribe a través de manuales diagnósticos como el DSM (en todos sus volúmenes), donde los observables funcionan como indicadores claves para el diagnóstico biologicista.

Con el planteo de Ubieto y Pérez Álvarez (2018) sobre los diagnósticos de hiperactividad, se realiza un análisis sobre las vicisitudes de la época actual, y sostienen que:

“Esta es la paradoja: por un lado, hay una hipermonitorización, en el sentido de intento de control objetivo de todos los procesos subjetivos hasta el punto de eliminar la incertidumbre y el error. Pero al mismo tiempo, hay, por otro lado, una desregulación en el sentido de que no hay proceso de acompañamiento que sustituya a los ritos de pasaje de la edad.” (p.24)

La concepción que se tiene de los sujetos es reduccionista en tanto ignora las dimensiones sociales, políticas, familiares y vinculares que atraviesan a cada ser humano. Al leer los observables como signos se hace un rápido diagnóstico que limita al sujeto a una patología a la que se debe tratar/curar, dando por resultado un sujeto excluido socialmente.

A partir de las entrevistas realizadas a diferentes profesionales psicopedagogos que se dedican a la clínica con niños y niñas, se indagó respecto a cómo conciben ellos la época y el contexto actual. En todas las entrevistas realizadas los profesionales respondieron que el factor de época influye en las consultas que llegan al consultorio:

“(…) claro que contribuyen mucho los rasgos de época, antes los adultos buscaban otros caminos para tramitar aquello que resultaba excesivo, en otros momentos se procesaba de otra manera, por ejemplo para la institución escuela. Se pretende que por al menos 40 minutos se queden sentados escuchando a la maestra, ¿no?. Bueno ese exceso, esa cosa disruptiva de algunos niños, antes había otras respuestas para eso. Hoy esas respuestas las da el laboratorio, el manual diagnóstico, hay un remedio que te lo soluciona o una batería de terapias, una cognitiva, un taller de habilidades sociales, una serie de cosas que acompañan ese diagnóstico. Entonces bueno, sí, los rasgos de la época hace que eso que los padres no saben qué hacer cuando se lo nombra, da cierta tranquilidad, pero no quiere decir que le brinde bienestar al niño.” (Entrevistado A)

“actualmente estamos en una época que está actuando con una vertiginosidad preocupante, que actúa a modo de masa, en las infancias y adolescencias. Todo aquello que se corre de lo que la sociedad en general y la institución educativa en particular se corre de lo que es “normal” es sentenciado a algún diagnóstico del

DSM V. (...) no podemos desconocer que viene de una industria. No es que un día nos levantamos y existe la patologización de niños y niñas sino que hay detrás de eso todo un sistema que lo avala. De hecho lo que a vos te interesa que es la hiperactividad, es un trastorno, lo traigo así porque así aparece, que se medica. Y algunos neurólogos tienen la decencia y la dignidad de no hacerlo con niños muy pequeños y a otros no les interesa, medican porque eso garantiza que el niño o niña esté callado en el aula, pero vos y yo sabemos que eso es obturador de aprendizajes.” (Entrevistado E)

Tal como se mencionó en un inicio, no puede analizarse esta problemática sin tener en cuenta el concepto de biopolítica que se tomará de Michel Foucault. Sostiene que la salud comienza a verse como un factor de la política y un elemento de control. “La biopolítica actual parte de tres supuestos falsos: la salud, entendida como riesgo cero, es un fin; el sufrimiento es inaceptable y, por último, los recursos para ello son inagotables tanto en sus posibilidades científicas como en su implementación.” (Ubieto y Pérez Álvarez; 2018; p.37).

De acuerdo a la formación que sostienen los médicos a quiénes se consulta, se brindará información a los padres que podrá tomar dos caminos a grandes rasgos. Se tratará de una respuesta que apuesta por los tiempos de espera, de paciencia, de mirar y escuchar o, por otro lado, una respuesta que busque una intervención rápida y eficaz para esas familias, llevando a cabo derivaciones a diferentes profesionales para que trabajen con ese niño. Es válido preguntar, ¿quiénes se encuentran detrás de esas consultas? Padres capturados por discursos mediáticos, médicos, escolares; se encuentran apresurados por “prevenir” para no tener que “curar” luego.

Los padres miran a los médicos profesionales como aquellos capaces de curar a su hijo pero, vale preguntar, qué hay detrás de ese pedido. Se trata, en muchos casos, de demandas atravesadas por la normalización que se antepone a la angustia del no saber sobre el hijo. Como consecuencia de esta suma de prácticas, la normalización y el control atentan contra la subjetivación de niños y niñas.

Frente al aumento estadístico de niños y niñas con dificultades para interactuar, el factor de época no debe ser dejado de lado. Estamos en presencia de niños capturados por las pantallas, casi hipnotizados, familias que comparten un mismo espacio físico pero que no interactúan entre sí, no media la palabra. “Frente a una imagen plana que es

responsable de reducir la transmisión del lenguaje y la palabra en el seno familiar, es necesario un humano con cuerpo y deseo que lo subjetive.” (Kremenchuzky; 2013; p.111).

Sobre la hiperactividad: breve recorrido desde sus comienzos hasta la actualidad.

Si bien se ha intentado ubicar su origen a partir del siglo XVIII, la realidad es que su comienzo remite a finales de la década de los '50 y principios de los '60. Es importante mencionar el contexto histórico en el que aflora dicho diagnóstico; durante la guerra fría se presenciaron una carrera espacial y científica que culminó con el avance soviético. Así fue como los estadounidenses comenzaron a investigar el por qué de su retraso, el cual ubicaron en su sistema educativo. Se observó así a niños que se decía no aprovechaban el contexto escolar por problemas neurológicos y, durante la década del '80, en el manual DSM III se publicó por primera vez esta problemática como Trastorno por Déficit de Atención.

A partir de 1995 en Estados Unidos, la asociación que nucleaba a las familias con niños con este diagnóstico empezó a financiarse con el laboratorio que producía el Ritalin, medicamento que era recetado para los niños y niñas diagnosticados con TDAH.

Siguiendo a Beatriz Janin (2013) se dirá que el Trastorno por Déficit de Atención es definido como un síndrome caracterizado por la desatención, y puede estar acompañado de la hiperactividad y la impulsividad. La autora retoma investigaciones científicas realizadas en Estados Unidos donde, en el año 2006, comienzan a advertir de los peligros de la medicación en niños y adultos como el aumento de la frecuencia cardíaca y la hipertensión arterial, entre otros.

Ubieto y Pérez Álvarez (2018) toman en cuenta el contexto familiar y social, se intenta comprender qué hay detrás de aquellos niños y niñas que fueron diagnosticados como TDAH. Desde violencia intrafamiliar, secretos familiares, cosas no dichas, energía psíquica que no puede ser elaborada por esos niños y se expresa a modo de movimiento.

El TDAH entonces, se dirá que existe en tanto existe un discurso establecido sobre ello. “Quiero decir que es algo que tiene una consistencia, como hecho de discurso, que ha generado y genera mucha literatura científica, muchos diagnósticos clínicos.” (Ubieto y

Pérez Álvarez; 2018; p.79). Estos autores defienden la idea de que la denominación que figura en los manuales diagnósticos de psiquiatría no es suficiente en sí misma para nominar y agrupar a niños y niñas que presentan ciertas características. Al contrario de desmentir esto último, Ubieto y Pérez dicen que no se niega que existan niños y niñas con desatención, movimientos exacerbados, pero proponen un modo de pensar estas conductas a modo de síntoma que debe ser leído. En ese sentido, sostienen:

“[...] de hecho, no existe ningún marcador o prueba clínica específica de valor diagnóstico. Lo que existe es una parafernalia clínica de aplicación de pruebas, que si algo encontraran, sería otra cosa, no el TDAH. Lo que sí tiene el clínico específicamente en relación con el TDAH es el poder de legitimación del diagnóstico, un poder institucional, no un saber clínico o especializado.” (Ubieto y Pérez; 2018; p.85)

Esta perspectiva es interesante en tanto se comparte con las respuestas de algunos de los psicopedagogos entrevistados:

“[...] en el caso de que llegue un paciente con diagnóstico de hiperactividad, será observarlo, porque muchas veces pasa que esa hiperactividad se da en un determinado momento, a nivel tiempo, o con determinadas personas o en la escuela, o porque está reflejando algo, se está sintiendo de alguna manera en ese lugar, no es que el hiperactivo es así en todos los ámbitos, tengo muy en cuenta eso.” (Entrevistado B)

“[...] lo pienso en esos términos, leído como un síntoma más que se encuentra en estos manuales y tiene una serie de características, a eso se lo medicaba con Ritalin en su momento, que es una medicación que en muchos lugares está prohibido por los efectos colaterales en el cuerpo. Pero además de tratar de gobernar algo, de intentar controlar algo que es el movimiento, que es normal que el niño se mueva, porque cómo medimos qué es lo normal en eso, según qué. Creo que si lo leemos como un síntoma ahí uno puede hacer una lectura con ciertas conceptualizaciones, ver si es sintomático, a veces en algunos casos es lo mejor que le puede pasar a un niño, o no, como siempre decimos es caso por caso.” (Entrevistado C)

La mayoría de los psicopedagogos entrevistados piensan la hiperactividad como un síntoma, como un modo de mostrarse del niño/a en un momento y lugar determinado.

Al mismo tiempo, muchos de ellos retoman cómo se vio con anterioridad, el contexto actual de patologización y se permiten poner en cuestión los diagnósticos. ¿Qué hay detrás del pedido por el diagnóstico? ¿Qué es realmente lo que se está pidiendo? Las intervenciones en el caso de los entrevistados se proponen escuchar y “poner en pausa” ese pedido.

Silvia Faraone y Eugenia Bianchi (2018) quienes se dedican arduamente a esta problemática, dan cuenta de cómo en nuestro país se sostiene una estrecha relación entre el denominado Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), la industria farmacológica y los manuales de psiquiatría estadounidenses y británicos. Las autoras refieren a la importancia de comprender este fenómeno en clave latinoamericana, realizando investigaciones sobre estos diagnósticos y sus tratamientos desde la periferia del sur.

La información global y el marketing que acompañan a estos procesos de patologización y medicalización se establecen en Argentina y con ello puede verse cómo a partir de las décadas del '80 y los '90 se instaló fuertemente el diagnóstico del TDAH y, a lo largo de los años, ha logrado establecerse no sólo en los discursos médicos sino en las instituciones escolares y familiares. Las autoras advierten que ésta problemática resuena en los diferentes espacios académicos y sigue en auge en diferentes publicaciones:

“La problemática es tratada desde distintas producciones académicas: desde la clínica psicoanalítica (Vasen, 2007; Untoiglich 2011); como ejemplo de las políticas neoliberales en salud mental (Barcala 2011), y en relación a concepciones docentes (Dueñas 2011a). También se publicaron diversos libros que abordan la temática desde la salud y la salud mental. Moyano Walker (2004), Stiglitz (2006), Benasayag (2007), Janin (2007), Dueñas (2011b), Joselevich (2005), Benasayag y Dueñas (2011) compilaron trabajos de profesionales procedentes de la medicina (pediatría, neurología, psiquiatría), la psicopedagogía, la psicología, el psicoanálisis y el periodismo.” (Faraone y Bianchi; 2018; p.606)

Por su parte, la línea que se apega a los manuales internacionales de psiquiatría en nuestro país (Scandar; 2003) sostiene que hay una gran falta de recursos no sólo económicos sino también de teorías propiamente científicas que puedan brindar datos

epidemiológicos en torno a los trastornos mentales. Dicha investigación “estudio multicéntrico de prevalencia e hiperactividad en la República Argentina” realizó el estudio en una zona de nuestro país en particular (CABA) con niños escolarizados entre los 6 a 9 años de edad a los que se les realizaron diferentes test que responden a los manuales ya antes mencionados. Como resultado se observó una prevalencia entre el 4,99% y el 7,86% del TDAH en los niños estudiados. Ahora bien, ¿qué se observa cuando se mira a un niño que ya es portador de un diagnóstico, de una clasificación?

Los diferentes planteos llevan a preguntar ¿quiénes miran a esos niños y niñas? Parece que los comportamientos son leídos en cada época de modo diferente, es así que los adultos que rodean a los niños sancionan si lo que el niño realiza es “normal” o si “anormal”, si el niño es “bueno” o es “molesto”. Hay niños/as que son sancionados/as por las características propias de la infancia como lo son el jugar, el movimiento, el ruido, etc. pero hay otros niños que sufren y manifiestan un movimiento desordenado, que da la impresión de no poder parar por sí solos, que necesitan de otro para que los frene allí donde ellos no pueden.

Sobre esta perspectiva de lo sintomático sostienen Ubieto y Pérez Álvarez (2018) lo siguiente: “[...] ésta es la idea de lo que es un síntoma para el psicoanálisis. Cuando el sujeto inventa algo para regular su relación con el otro y el cuerpo, los dos Amos que tenemos.” (p.142). En ese sentido cuando se piensa lo que le ocurre al niño desde esa lógica, la idea de trastorno es puesta en pausa y se piensa en construir un espacio para que el otro hable, estableciendo un vínculo para regularse.

El diagnóstico que se realiza entonces está cargado de sentido, de conceptualizaciones, de teorías que lo sostienen, de allí la importancia de hacerlo claro. No se trata de posturas objetivas o neutrales, se partirá de la idea de que para realizar un diagnóstico el profesional adopta una posición política y epistemológica. “El proceso diagnóstico deberíamos tomarlo como una construcción de saberes, como un saber de la experiencia que se instituye en la escena, y no simplemente como conocimientos objetivados que se nos revelan tanto pueriles como banales” (Levin; 2005; p.57).

Capítulo 2

“Construcción del concepto de niño/a con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).”

El concepto de niño/a tal como lo concebimos y reconocemos hoy en día ha ido cambiando a lo largo del tiempo. La infancia se ha definido en relación al lugar que le daban los otros como adultos, el modo en que son vistos los niños cambia de acuerdo a la época histórica.

Previo a la Modernidad no podía ubicarse la existencia del “niño” o de la infancia incluso. Los niños eran tratados como adultos o eran vistos como personas de menor rango por lo que no tenían el mismo valor que otros ciudadanos. Por mucho tiempo, fue normal que se recurriera al maltrato infantil e incluso en ciertos casos se llegaba al infanticidio.

Con los inicios de la Modernidad comienza a surgir una empatía por el niño, hay un cambio en la actitud de los adultos hacia la infancia. En ese sentido, puede entenderse también que existe una estrecha relación entre el comienzo de la infancia propiamente dicha y la institucionalización del sistema educativo. Familia y escuela pasan a convertirse así en instituciones primordiales que ocupan hasta la actualidad un papel muy importante en la vida y el cuidado de los niños, niñas y adolescentes. Durante los siglos XIX y XX los discursos de los Estados Nacionales llevaron a la consolidación la idea de infancia y de sus cuidados.

Ahora bien, en la problemática que acontece en esta investigación el interés radica en cómo se define al niño/a para luego pensar la cuestión del “niño/a con hiperactividad”. Desde la postura psicoanalítica, Fernando Osorio (2007) sostiene que, desde la perspectiva del psicoanálisis, puede arriesgar tres aristas en las que representar al niño: “1) un niño no es nada más allá de lo social. 2) un niño es una sustitución. 3) un niño es, primero, en el campo del Otro”. (p.24).

Para que el niño llegue a constituirse como tal, pasará por un proceso complejo que va mucho más allá de su desarrollo evolutivo biológico, aunque también éste es tomado en cuenta. Un niño será de acuerdo a si existe a partir de que alguien lo nombra o lo piensa, el niño viene a sustituir una falta de quien se ubique como madre.

El niño se inscribe en un circuito de demanda, y siempre estará determinado por el Otro que se ubique en ese circuito. El primer tiempo de ese circuito es el que se denomina como “alienación”, se trata de una identificación que se hace al Deseo del Otro, es un intento por identificarse con aquello que le falta al Otro y lograr completarlo. El niño se convierte en un objeto maravilloso para quien cumple la función materna; esto es una condición fundamental no sólo para la constitución sino para la supervivencia del niño.

Posterior al primer momento, adviene un segundo tiempo denominado “oscilación materna”, Acá se dirá “si bien ese niño es algo maravilloso para la madre, ya no lo satisface tanto, no la completa tanto.” (Osorio; 2007; p.30) La madre, en tanto mujer, ya no sólo encuentra satisfacción en el niño, esto la llevará a una separación, salida necesaria de la alienación del primer momento. La oscilación materna funda su psiquismo.

El niño en estos momentos, perdiendo su maravillosa captura, puede empezar a molestar al otro con sus costumbres:

“[...] con su perturbadora costumbre un niño le muestra al adulto que no lo puede todo. Puede “prevenirlo”, “incriminarlo” o “violentarlo”, pero no podrá evitar con una eficacia absoluta que el niño no lo “moleste” con algunas actitudes o conductas. Dichas conductas serían un modo de demostrar un incipiente dominio ejercido por el infantil sujeto [...] sobre el intento de control del adulto sobre su persona.” (Osorio, 2007; p.32)

Desde el psicoanálisis entonces, se dirá que el niño se constituye en el discurso del Otro, quien hace una apuesta por el cachorro humano en el deseo de que viva. El niño se encuentra relacionado con el lenguaje y las relaciones con los otros primordiales. Dice Walter García (2019) sobre el deseo y el infante que es posible hacerse dos lecturas “[...] el deseo propio del niño y el deseo por el niño, que señala nuevamente la posición de sus padres, sus deseos, sus goces, en fin, su historia [...]” (p.11). Esta cuestión es bastante compleja, y no se da de una vez y para siempre, hay marcas que fundan el aparato psíquico y dejan huellas en el niño.

“[...] la constitución subjetiva es un proceso que transcurre en tiempos. Tiempos que constituyen un sujeto que no viene dado. [...] Devenir sujeto implicará un conjunto de operaciones subjetivantes que nos permitan habitar un cuerpo a través

de sus usos, configurar un lenguaje acorde como modo de relacionarnos con otros, y para ello necesitamos de nuestros Otros primordiales.” (García; 2019; p.15).

El movimiento, la desatención, se presentan como síntomas, modos de mostrarse que adoptan algunos niños y niñas. Dice Esteban Levin (2005) que los diagnósticos se hacen presentes en un camino que abarca desde el nacimiento pasando por toda la trayectoria escolar y a lo largo de la vida. A partir de esos diagnósticos se busca explicar, justificar y comprender todo lo que le pasa al niño. “Hay diagnósticos en todos los lugares donde circulan los más pequeños.” (p.55) eso se ha extendido principalmente a la escuela, lugar de terceridad y de socialización donde los niños y niñas transitan parte fundamental de su vida.

Es fundamental entonces en la clínica psicopedagógica con niños y niñas, hacer un lugar a las familias, puesto que son los padres (o quienes cumplan dichas funciones) los que con sus dichos o no dichos, sus deseos, miedos y proyectos los que fundan al niño en su constitución. Maud Mannoni (1984) dirá que existe un discurso colectivo alrededor del síntoma que porta el niño, no sólo refiere al infantil sujeto sino también a sus padres y al profesional. “[...] la queja de los padres, aunque su objeto sea el niño real, también implica la representación que de la infancia tiene el adulto.” (p.7) es por ello que se sostendrá que el niño es, también, en lo social.

Con relación lo anterior, cuatro de los cinco psicopedagogos entrevistados sostienen que incluir a los padres en el tratamiento del niño/a es fundamental:

“Es importante ver qué efectos tiene en los adultos que sostienen esa crianza, a los que está amarrado ese chico, no sólo los padres. Cómo repercute desde lo cotidiano y operativo hasta lo subjetivo, preguntar, ¿a vos qué te pasó con ese diagnóstico?, ¿por qué lo llevaron? fue una sugerencia de la escuela, fue motus propio, ver qué lugar tiene la hiperactividad en esa familia. De acuerdo a lo que sea es que uno va a tomar una direccionalidad en función del valor significativo que tenga en esa familia [...]. El trabajo también es con los padres, poder poner un borde, una serenidad a lo que pasa. Casi siempre ese diagnóstico queda en stand by, uno se permite escuchar esas repercusiones, a veces es algo que los ha mantenido ocupados en un momento y a veces eso queda enlazado a otra cosa y se puede escuchar ese discurso. [...] muchas veces no era algo del chico, muchas veces son ellos los que soportan sobre el cuerpo algo de la escena familiar, pero

no son ellos los que tienen que poder tramitar algo, no son sólo ellos.”
(Entrevistado A)

“Es necesario porque si uno no hace esa intervención no solamente te estás perdiendo la gran historia del niño, sino que estas dejando al niño como responsable de la solución de su síntoma por sí solo, como si hubiera nacido de un repollo. Por eso es valioso que los padres sean parte del tratamiento, y ver después que hace el niño con su síntoma, porque vaya a saber qué hacen los padres con lo suyo, ¿no? y que también seguro genera efectos en los niños.” (Entrevistado C)

“De dónde aprendió esos hábitos, de donde no los aprendió, quién se los enseñó, quiénes son los adultos responsables. Todo el contexto en realidad trabajo, si tengo que citar a la abuela, al tío, al hermano digo depende en cada situación particular [...] si, busco, busco recursos, hermanos mayores o si tengo que ir a la escuela, porque por ahí la familia no está. Si es importante, algún referente. Por eso el trabajo de transferencia es con todos, más con los pequeños, si el adulto no viene, tenés que hacer un trabajo largo.” (Entrevistado D)

“es fundamental, y me atrevería a decir que si hay algún psicopedagogo o psicopedagoga que no esté trabajando con padres y madres está haciendo cualquier cosa menos psicopedagogía. Yo siempre digo que la atención de un niño conlleva la atención de múltiples perspectivas porque yo trabajo con la escuela, con el padre, con la madre, con el fonoaudiólogo entonces tenés que estar como con una mirada muy amplia, no podés trabajar únicamente con el niño. [...] una está para acompañar un proceso, algo que se devuelve a los padres, yo no te puedo decir qué tenés que hacer.” (Entrevistado E)

El quinto psicopedagogo entrevistado es el único que diferencia su postura sobre esta temática al preguntar por el trabajo con los padres en la clínica con niños y niñas y afirma:

“con padres si, lo he pensando pero todavía no he tenido el tiempo porque todo lo que el paciente trae claro que es un reflejo de la casa entonces hay que hacer una devolución y la hago a los padres como para ir modificando o que ellos vayan revisando algunas situaciones porque sino no se genera el cambio o la mejora si en la casa sigue todo igual.

Es muy importante el contexto porque ese paciente puede llegar a mejorar en mi caso pero ¿y después?” (Entrevistado B)

En este último caso no se incluye a los padres en el tratamiento, sólo se trabaja con el niño y el profesional luego hace una devolución a los padres. Es interesante marcar esta diferencia con el resto de los entrevistados porque la gran mayoría sostiene que es fundamental trabajar con padres, incluirlos en el tratamiento, no sólo porque son ellos quienes sostienen el espacio sino porque son parte clave para pensar e intentar comprender qué es lo que le ocurre a ese niño/a.

Para pensar sobre los aspectos que atraviesan a los sujetos, Untoiglich (2013) toma de Silvia Bleichmar la distinción entre las condiciones de producción de subjetividad por un lado, que incluyen todos los aspectos que hacen a la construcción social de un sujeto, ideologías, los determinantes biopolíticos en un tiempo histórico determinado; y por otro lado ubica también a las condiciones de constitución psíquica atravesadas por aspectos que van más allá de modelos socio-históricos. Se entiende que el niño se construye no sólo con los aspectos biológicos de su desarrollo, sino también con los aspectos subjetivos de la historia familiar y la época histórica en la que se encuentra.

Retomando lo que refiere a la constitución psíquica del sujeto, el tema que acontece aquí es el de aquellos niños que se mueven constantemente, que parecen no tener freno o soporte, se trata de niños y niñas que, en su movimiento, denuncian un malestar. Puede pensarse como el modo en que esos niños y niñas se presentan. ¿Qué es lo que los lleva a eso? pues lo particular de cada uno de ellos, en los avatares y caminos de su constitución que son complejos y únicos. Lo que interesa aquí particularmente es cómo es leído ese movimiento, esa agitación, el despliegue exacerbado del cuerpo.

Dice Leonardo Leibson (2017) que algunos niños parecen extranjeros, se dirá extraños, en el mundo. Ante la extranjería que producen parece que podrían quedar desterrados de las instituciones. Este autor sostiene:

“Porque el cuerpo es el resultado de lo que cada cual puede hacer con el encuentro con lo ajeno. Eso, de maneras muy variadas, deriva en un espejismo que hace creer que lo ajeno se puede convertir en propiedad y dominio. Donde lo ajeno es el cuerpo del otro pero también lo otro como cuerpo.” (Leibson; 2017; p.71)

Cuando se realiza la pregunta por la concepción de niño/a para los entrevistados se puede ubicar respuestas posicionadas desde marco teórico psicoanalítico, desde el cual cuatro de los cinco entrevistados trabajan, por ejemplo dirán:

“un niño es lo que se dice o no se dice de él, en qué trama familiar se encuentra, cómo se habla de ese niño, en qué momento llegó. Hay muchos conceptos, mucho escrito, a veces medio rebuscado, pero la noción básica, es quién dice del niño y qué dicen de él.” (Entrevistado C)

“es importante ir pensando al niño enlazado a una trama discursiva que lo antecede, que es anterior a él, no es propia. Él ya nace teniendo un lugar en una historia familiar, entonces está muy sujeto a lo que vaya pasando, cómo los papás lo pueden ir procesando, tramitando, digiriendo y el niño queda ubicado en esa trama, y padeciendo de las cosas que esa novela familiar no logra procesar. No en el sentido del deber, del cómo deben procesarlo, sino en lo que pueden, en cómo lo van viviendo.” (Entrevistado A)

Al sostener los psicopedagogos entrevistados dicha posición se permiten poner en pausa el pedido, la demanda de los padres o de quienes consultan por el niño/a en relación a este malestar. Si el niño/a es pensado en constitución, atravesado por los discursos y la trama de la familia, no queda pegado con etiquetas que lo reducen. Se trata de una posición y un modo de intervención éticos en tanto se pone en el centro la subjetividad del niño/a. Al mismo tiempo, es interesante remarcar que los entrevistados que parten desde una concepción de “niño/a” sostienen su práctica en un marco teórico sólido, en este caso el psicoanálisis.

Se trata de posiciones que piensan al niño/a en su complejidad, atravesado también por cuestiones sociales de la época que estamos transitando. Uno de los entrevistados toma esto cuando se indaga por la concepción de niño/a:

“Se me vino a la cabeza la palabra vulnerabilidad. Esto que decimos todos, es un sujeto que esta construyéndose en distintos contextos y actualmente es una vulnerabilidad terrible la que tienen. Entonces si no tienen un marco de contención en distintos lugares nos encontramos con, no con niños problemáticos, sino que manifiestan lo que les pasa a ellos. [...] el niño se hace cargo muchas veces de cuestiones familiares, cuestiones económicas, está presente en problemas familiares y va absorbiendo todo eso, entonces, esta idea que se pensaba de que el

niño solo juega ya no es así, entonces en esa construcción él va absorbiendo todo eso y su atención ya no está en “bueno tengo que aprender las tablas” no, yo estoy acá en la escuela pero estoy pensando que a mi mamá le está pasando algo o la situación económica de mi familia. A eso me refiero con vulnerables.”

(Entrevistado B)

No puede dejarse por fuera los condicionantes de época que hacen al contexto de los niños y niñas, negar esta perspectiva sería mirar de forma recortada la realidad de muchos niños y niñas hoy. El campo de la psicopatología, impulsado fuertemente por la avanzada del modelo médico, se estructura bajo la idea de una serie de datos observables que dicen algo sobre el malestar de los sujetos, estos datos son nominados en conjunto bajo una sigla diagnóstica:

“[...] bajo la forma de una consecuencia social, la difusión de tal tipo de medicamento, asociado a una colección de signos diagnósticos inespecíficos, al ahorro de cualquier responsabilidad sobre los síntomas por parte de aquellos que rodean al niño, y a una propaganda que colma la demanda de soluciones rápidas, provoca el inusitado crecimiento epidémico de la supuesta enfermedad.”

(Jerusalinsky; 2005; p. 78)

Los niños y niñas serán leídos bajo esos diagnósticos, esos datos observables que están al alcance de toda la población producto de su masiva difusión. En ese sentido, ¿cómo se posicionarán los psicopedagogos cuando se consulta por estos niños? más allá de los observables y los discursos de los adultos, ¿qué lugar para el decir de los niños y niñas?.

Capítulo 3

“Intervenciones de los/as psicopedagogos/as respecto a la construcción del diagnóstico de hiperactividad”

Cuando se mira hacia atrás para re-pensar los inicios del campo de la Psicopedagogía, es necesario una vez más, abrir el foco de análisis hacia el contexto que impulsó los inicios de esta práctica profesional.

A principios del siglo XX, la producción científica argentina recibió una gran impronta de corrientes europeas, como aquellas que orientaban la Pedagogía y la Psiquiatría. En

un país que estaba consolidándose como Estado-Nación era fundamental sostener el proyecto político y así logró imponerse el sistema de educación formal. La propuesta escolar era normalizadora, se pretendía homogeneizar a todos los niños y niñas que allí se presentaban. El Orden y el Progreso eran las banderas que se sostenían como promesas de un Estado naciente que miraba con anhelo el viejo continente. Todo ello impactó no sólo en la consolidación de nuestra profesión sino también en las conceptualizaciones que sostuvieron la práctica profesional psicopedagógica. Por ejemplo, con respecto al aprendizaje: “[...] se concibió como un producto tributario de una herencia genética cuyas capacidades podían ser medidas y normalizadas a través de la observación y la reeducación sensorial.” (Ventura et al; 2012; p. 652).

Ante la normalización impuesta, aquellos niños y niñas que no lograban adaptarse a ella comenzaron a ser portadores de una etiqueta, la de “fracaso escolar”, y comenzó a ser necesaria la presencia de alguien que lograra reeducar y volver a encauzarlos en el proyecto que la escuela proponía.

Ante estos inicios, la Psicopedagogía históricamente se posicionó como una práctica profesional que era necesaria para responder por aquellos que “no funcionaban” como el sistema escolar esperaba. A lo largo de su historia se ha encontrado con esta posición reeducadora, que se posiciona desde la norma y debe intervenir para que niños, niñas y adolescentes se normalicen. La lectura que se hace desde esta posición es sesgada y descontextualizada, al mismo tiempo parte de que el problema se encuentra en los niños y niñas que no responden de acuerdo a lo esperado y no se pregunta por el resto de los aspectos que atraviesan al sujeto en el malestar que lo aqueja.

Ahora bien, ¿quedan matices aún de estas posiciones reeducativas en las intervenciones de los psicopedagogos que se dedican a la clínica hoy? ¿Qué concepciones subyacen y sostienen la práctica profesional de los psicopedagogos en la actualidad? Vale la pena aún hoy seguir cuestionando la práctica, la posición profesional y las intervenciones para dar cuenta qué lugar ocupa el psicopedagogo ante las demandas y caracterizaciones que llegan de otros espacios, como por ejemplo la escuela, cuando niños y niñas no se adaptan como se espera.

En el caso particular que aquí convoca el trabajo se enfoca en aquellos diagnósticos asentados en el Trastorno de Atención con Hiperactividad. Tal como se desarrolló

previamente se trata de diferentes observables como la desatención, el movimiento constante, una sensación de desenfreno que expresan los niños y niñas en el cuerpo. Estos observables son leídos por los adultos, padres y docentes, como algo anormal que debe ser resuelto. Ante su consulta, ¿cómo intervienen los psicopedagogos en la clínica?

La posición que en esta investigación se sostiene parte de la idea de que la clínica psicopedagógica está atravesada por diferentes dimensiones, como son los aspectos del niño/a con el que se trabaja, el proceso de constitución subjetiva, los discursos de los padres (o quienes se presenten como tales) pero también los aspectos histórico-culturales que la constituyen. Sin embargo, se trata de una posición particular puesto que habrá otras líneas desde las cuales posicionarse. Desde allí será importante comprender la posición que adoptarán los/as psicopedagogos/as con el encargo social respecto a la hiperactividad.

Janin (2013) distingue dos posiciones con diferentes intervenciones profesionales. Una de ellas apuesta a la singularidad del sujeto, a brindar un espacio para un otro semejante-diferente, donde predominen las preguntas por sobre las certezas. La otra postura, pretende realizar rápidamente una clasificación, un diagnóstico, priorizando los signos observables.

La clínica psicopedagógica en términos de Gisela Untoiglich (2013) refiere a un lugar donde las acciones son entre varios, un terapeuta que se dispone a encontrarse con el sufrimiento de un niño, y un niño que desplegará un malestar en su propio tiempo. El espacio clínico es un lugar de encuentro; el terapeuta no sólo trabajará a la par con el niño y con los padres sino también con la escuela para pensar en conjunto nuevas estrategias de abordaje. Se dirá que la clínica psicopedagógica será el lugar donde son derivados aquellos niños y niñas escolarizados con sus etiquetas diagnósticas.

Al indagar con los psicopedagogos entrevistados sobre cómo entienden el trabajo en la clínica psicopedagógica, se ubican diferentes respuestas:

“la realizo desde un abordaje psicoanalítico, entonces es importante ir pensando al niño enlazado a una trama discursiva que lo antecede, que es anterior a él, no es propia. Él ya nace teniendo un lugar en una historia familiar, entonces está muy sujeto a lo que vaya pasando cómo los papás lo pueden ir procesando, tramitando,

digiriendo y el niño queda ubicado en esa trama, y padeciendo de las cosas que esa novela familiar no logra procesar. [...] ¿qué pasó con ese niño? si no hay un compromiso orgánico, qué pasó entonces con el desarrollo de ese chico cuando hubo que construir bordes para que no sea todo excesivo, para construir motricidad fina, el juego, la ausencia/presencia, poder quedarse en el jardín, ¿qué fue pasando en ese tiempo, qué le fue pasando a los grandes?. Ahí es cuando desde la clínica nos preguntamos, ¿en qué universo simbólico está o no, alojado ese niño? y sobre todo lo que le pasa a ese niño. [...] Está faltando el tiempo de constitución, el tiempo de armado, el de construcción. Ver qué se hace con toda el agua con gas que tenemos adentro. Qué universo simbólico construimos para que más o menos podamos vivir en sociedad.” (Entrevistado A)

“La clínica tiene esto de que es siempre con la demanda de alguien, a veces no hay una demanda como lo pensamos en el psicoanálisis, pero sí hay un pedido que está atravesando por diversas cuestiones. Desde el síntoma que tiene un niño, lo que dicen en la escuela, lo que trae el médico, lo que piensan los padres y los tiempos del niño que si uno no detiene, no escucha, no pausa, queda totalmente arrasado. Porque de hecho hay muchas líneas que responden directamente al pedido.” (Entrevistado C)

“es una clínica donde uno trabaja desde, por lo general uno busca este espacio, me hago cargo de este espacio, buscan desde el malestar, desde ese lugar, es una clínica que se relaciona con el malestar, la angustia, la queja, de lo imposible que nos sucede a todos, lo interesante es que cada vez se consulta más y lo interesante, a ver esto siempre caso por caso, es que hay más consulta de los adultos. Hace ya un tiempo que hago un consultorio, y siento que cada vez se consulta más por los niños y cada vez más pequeños. Por un lado uno dice puede ser peligroso, pero por otro lado está bueno porque es preventivo también.” (Entrevistado D)

“La clínica con niños hoy, al menos eso veo yo, es una clínica que está dirigida al sostén de los adultos, me parece eso en principio. Por supuesto que siempre trabajando desde el psicoanálisis, desplazando aquellos discursos que no hablan del sujeto.” (Entrevistado E)

Los psicopedagogos entrevistados responden en general que la clínica que ellos realizan es una clínica que toma en cuenta al sujeto por quien se consulta así como su malestar,

se abre un espacio para alojar a los adultos consultantes en su posición de padres, al mismo tiempo hacen énfasis en que el trabajo es caso por caso. Cuando se consulta por un problema que aqueja al grupo familiar, los psicopedagogos entrevistados proponen dejar ese pedido que viene encerrado para que se ponga a circular algo en torno al saber de las funciones materna y paterna en relación a la historia familiar que aloja a ese niño/a.

Los diagnósticos que se realizan en la clínica psicopedagógica son absolutamente necesarios y forman parte del proceso de cura, pero no deberían constituirse nunca en una marca indeleble del sujeto. Funcionan como brújulas que orientan a los profesionales, pero que su construcción puede modificarse por diferentes factores como el desarrollo del niño y el trabajo mismo del profesional (Untoiglich, 2013).

La psicopedagogía sigue una serie de coordenadas para pensar tanto los signos como los síntomas (Baraldi; 2005), los signos responden al campo de lo observable, la estructura cognoscitiva y el conocimiento, mientras que los síntomas tienen que ver con el saber del sujeto, saber inconsciente que se pone a jugar transferencia mediante. Es allí donde se puede ubicar un punto de conexión con el aprendizaje, el campo del aprendizaje se ubica entre el cuerpo y la palabra, se trata de la búsqueda de un saber. El aprendizaje tiene que ver directamente con el sujeto, ahora bien, esto se contrapone con aquella idea más biologicista que entiende al aprendizaje como adiestramiento.

En muchas ocasiones se sostiene una posición a modo de “furor curandis”, se trata de intervenciones que responden rápidamente al pedido de un otro que no sabe qué hacer con esos niños. Es necesario brindar una solución pronto que tranquilice esa angustia por el no saber hacer y, en esto recaen aquellos tratamientos que ponen el foco en el niño y su síntoma. No hay allí, o al menos eso pareciera, una pregunta por el padecimiento de aquel niño, o qué motivos habrían tras ese modo en que se presenta el malestar. Si se retoma a Janin (2013) la autora dirá que “gran parte de los problemas de aprendizaje se atribuyen a trastornos en la atención, desconociendo la complejidad de los procesos que están en juego en el aprendizaje escolar.” (p.57).

La posición clínica que se centra en los signos observables, en los manuales diagnósticos, pone a jugar una construcción diagnóstica que se posiciona sólo en lo que los adultos dicen del niño y el modo en que se presenta este. El niño caracterizado como

hiperactivo, ¿es invitado a asumir posición en la clínica? ¿Qué lugar para su decir respecto a lo que le pasa?.

Por el contrario, desde una perspectiva psicoanalítica que se opone a la naturalización y a la estandarización de los procesos psíquicos, se considera que durante todo el proceso de constitución de un niño/a se van construyendo vínculos que promuevan que ciertos caminos se construyan pero también impiden otros. Los motivos por los que un niño o niña se presenta de un modo determinado, por ejemplo, inquieto, pueden ser múltiples y se ubicarán en los procesos constitutivos del niño con sus referentes primordiales.

Siguiendo esta misma lógica, el lugar que se le da al pedido en la consulta psicopedagógica es muy importante, en ese sentido se diferencia entre el pedido por quienes consultan de la demanda de tratamiento propiamente dicha que será particular, caso por caso. Carlos Tumburú plantea que “la demanda de análisis no debe ser aceptada en estado bruto, sino cuestionada” (2013; p.3), en el caso que aquí nos compete sobre la caracterización de hiperactividad en niños y niñas, ¿cómo se posicionan ante esa consulta los profesionales psicopedagogos/as? Allí se entiende radican las diferencias que mencionamos con anterioridad sobre la posición y las intervenciones posibles.

Cuando se vuelve a revisar las entrevistas a los psicopedagogos en todas las respuestas los entrevistados afirman que el pedido de análisis, la consulta por la que llegan a la clínica psicopedagógica siempre se toma pero “se pone en pausa” para escuchar lo que ellos tienen para decir. Se trata de una postura ética que busca alojar a la subjetividad, a los discursos en pos del sujeto.

La práctica clínica que se posiciona desde el discurso psicoanalítico responde de forma interrogativa a las consultas que se realizan, el saber que suele ubicarse del lado del terapeuta es puesto a jugar con el paciente por el propio saber sobre su sufrimiento, dolor o felicidad (Galende, 1990). Lo que dirige el tratamiento es una postura ética que busca anular la normatividad, no es que la norma está ausente sino que no se le impone a los sujetos. Se trata de una práctica que prosigue la dirección de la cura teniendo en cuenta la producción particular del niño, que no serán solamente sus juegos o dibujos (fundamentales en la clínica psicopedagógica) sino en particular su síntoma,

entendiendo a éste como un elemento que debe ser cuestionado para que advenga algo de la verdad del sujeto, algo de su propio saber.

Los diagnósticos se hacen presentes en un camino que abarca el nacimiento del niño e incluso toda su trayectoria a lo largo de la vida en la institución escolar. A partir de esos diagnósticos se busca explicar, justificar y comprender todo lo que le pasa a ese niño. Desde el comienzo de la vida del infante, éste se hace presente irrumpiendo en la vida de sus padres.

Siguiendo a Esteban Levin (2005) él dirá que “el diagnóstico objetivo no existe, todo diagnóstico que hacemos es subjetivo a partir del lazo (a diferencia de la lógica positivista, donde siempre se procura ver objetivamente el fenómeno), intentamos hacerlo a partir de la relación.” (p.57). En esta lógica, lo primordial en la clínica parece ser constituir un vínculo transferencial con el niño pero también con sus padres, que sean capaces de sostener el tratamiento.

Dice M. Mannoni (1984) respecto a la posición del profesional que: “[...] el analista se enfrenta entonces con su propia representación de la infancia y el peso de sus motivaciones inconscientes habrá de gravitar en la orientación que imprima en la cura.” (p.19). Parece clave esta perspectiva si se piensa el lugar del psicopedagogo en la clínica, pero los profesionales, ¿indagan en retrospectiva sobre este aspecto?.

En la profesión que nos compete se hace necesario el intercambio constante no sólo con otros psicopedagogos sino también con otros profesionales de los ámbitos de salud y educación cuando se consulta por un niño en particular. En ese sentido, una posición que aboga por el encuentro con otros profesionales se torna necesaria. La práctica entre varios es hacer campo, esto permite poner al sujeto en una situación central. “Hacer campo es estar entre varios orientados hacia un mismo objetivo que es hacer lugar al sujeto” (Asquini y Nejamkis; 2010; p. 30).

Se advierte que no se trata de sostener un ideal de equipo de trabajo, sino más bien de construir redes donde acontezcan encuentros circunstanciales y que son instituyentes para cada ocasión. Sostienen las autoras que:

“Intentar crear condiciones para habilitar una práctica entre varios sería crear otro lugar de vida, otra atmósfera vivible para los niños y niñas que necesitan

volver a ser mirados, nombrados de nuevos modos para que no queden sujetos a ninguna etiqueta [...]” (Asquini y Nejamkis; 2010; p.31).

La problemática que aquí surge se plantea comprender las intervenciones en la época actual, si se retoma que este contexto está atravesado por discursos neoliberales que imponen la individualidad, el trabajo en equipo, la puesta en diálogo entonces se trata de una postura que apuesta al encuentro con otros. El objetivo de la escucha es siempre sostener a los sujetos en sí mismos, entendidos ellos como parte de un contexto particular atravesado por diferentes dimensiones que lo conforman. En ese sentido, ya no se trata solamente del trabajo con los niños y niñas y sus familias, también de abordar los discursos que quedan alojados en las escuelas.

La escuela y su discurso.

La escuela se posiciona desde un discurso. Es importante poder ver a la escuela como un lugar de constitución de sujetos y no sólo como un espacio donde se forman a los niños y niñas como futuros ciudadanos.. En ese sentido, el modo en que la escuela interpreta y analiza a los niños y niñas influye también en cómo son vistos.

Históricamente la institución escolar se consagró desde un lugar donde se privilegiaba la homogeneidad y la norma, allí todos los niños y niñas debían adecuarse a lo establecido para cumplir con el ideal que se imponía. Sin embargo, bien es sabido que desde que se impuso el proceso de homogeneización en el establecimiento del sistema educativo, muchos niños y niñas comenzaron a quedar excluidos. Los alumnos/as que no aprenden se vuelven un blanco que ponen en jaque a los docentes, autoridades escolares e incluso son motivo de la planificación y creación de diferentes políticas educativas. Es importante reflexionar sobre los modos en que el discurso escolar impone el aprendizaje de los saberes escolares, ¿cómo debe aprender un niño? ¿qué ocurre ante el no-aprender?.

La escuela es el lugar privilegiado en donde el niño hace presente lo que le pasa. Aquello que le ocurre pero que para él es incomprensible se pone en movimiento en la escuela y, por supuesto, genera estados de alerta en los adultos que lo presencian. Allí comienza a circular un discurso que no es sin efectos, puesto que dejará marcas tanto en el niño/a como en su familia. En ese sentido, no es un dato menor que la mayoría de las

consultas hacia la psicopedagogía provienen del ámbito escolar. Eso que molesta, que irrumpe, parece querer ser acallado.

Entre la homogeneización y la inclusión, lo diverso, ¿qué lugar para lo particular, lo subjetivo?. Ana L. Santiago y Raquel Martins de Assis (2016) plantean respecto a este dilema:

“[...] quizá se trate de una forma de síntoma que traduce la propia resistencia a la inclusión. A este respecto, los gestores se preguntan: ¿cómo dar atención a las necesidades específicas de cada sujeto según un modelo educacional elaborado para alcanzar a todos? En otras palabras: ¿cómo incluir lo particular?” (pp.13-14)

Los niños y niñas son los representantes del tiempo presente. “[...] son vistos tanto a partir de sus vínculos específicos y de su propia historia como a través de lentes que les imprimen marcas sociales y culturales de determinada época marcada por utopías específicas.” (Santiago y Martins de Assis; 2016; p.20). Representan, al mismo tiempo, elementos que ya los adultos han perdido como son el movimiento, la agitación, entre otras. Dichas conductas pueden ser tomadas como molestas y se buscará eliminarlas, normalizándolas para su control. En la escuela esto sólo se sigue reproduciendo, en el aula los docentes dan cuenta que no se encuentran sólo alumnos ideales sino todo tipo de alumno que puede portar algún elemento que se sienta amenazante en la práctica; son niños que producen movimientos, que no siempre se comprende su modo de hablar, niños que generan incertidumbre en el aula. Cuando la incertidumbre es nominada, caracterizada e, incluso, diagnosticada entonces desaparece, llegan las certezas y la práctica ya no se ve cuestionada.

En ese sentido, incluso abriendo el panorama, ¿qué lugar para los niños y niñas en la época actual? El mundo en que vivimos va deprisa, es una máquina que está en funcionamiento y no debe parar, su objetivo es producir. Somos los adultos los que podremos o no poner una pausa a esa maquinaria para permitirnos alojar a los niños y niñas, cada uno de ellos en su particularidad. Cuando se consulta a los psicopedagogos por el lugar que se le otorga a los niños y niñas hoy en su mayoría ellos responden que hoy no hay lugar para las infancias:

“no hay lugar, no hay tiempo, estamos siempre apurados, siempre mirando para otro lado, mirando el celular, el chico acá colgado y nosotros con mil cosas al mismo tiempo. No hay un registro del uno a uno y eso repercute mucho en los chicos y no se dan cuenta, a ver, no de la culpabilización, pero sí de la responsabilidad de pensar que es un tiempo para criar cachorros humanos que es de locos. “Le leí un cuentito pero no se duerme” y a veces es incomodo, a veces cuesta no a veces no alcanza, y los grandes no saben cómo, y pasa eso, los grandes no saben, no tienen un saber sobre la crianza. El nene es el que sabe. En otros momentos los padres y madres sabían, cómo podían, se habilitaban a ser padres. Es necesario poner un límite, hacer uso de ese saber. Hay un respeto sobre el niño, sabemos que no es una babosa pero ya nos hemos ido a otro extremo donde el chico se cría solo, donde se pretende que el chico marche solo. Por ejemplo, te dicen “se le murió la abuela y está triste, está raro” y sí, por supuesto que va a estar triste, se ha llegado a un punto en que las cosas cotidianas se patologizan, como el duelo, que a menos que sea algo patológico no necesariamente uno tiene que recurrir a un espacio, hay que entender que son cosas de la vida y permitir que se tramiten. Se han patologizado las cuestiones vitales.[...]” (Entrevistado A)

“hay lugar para alojarlo a ver, en contadas, por ejemplo si tomo 10 familias será 1 o 2. El resto, están absorbidos por su contexto, no hay un alojamiento, también está pasando mucho que además de preocuparse de la familia ellos ven que se encuentran desde la vereda de enfrente, discrepando mucho, tanto de lo que la familia hace o dice, veo en muchos casos como psicopedagoga y como profe, no hay adultos del otro lado.” (Entrevistado B)

“Igual el contexto es muy complejo, socio-económico, las infancias son las primeras que son afectadas, pero bueno. Tengo pacientes que los traen, que se manejan en cole, que vienen caminando solos o se van, se hacen cargo de su espacio, en algún punto la poca presencia del adulto también, no sé si es algo de la época. Uno busca referentes cuando no los hay, donde el paciente tiene su referente, no sé, la preceptora, algo de eso que posibilita, porque capaz en la casa no hay nadie que le diga que vaya a la escuela.” (Entrevistado D)

“[...] con muy pocas posibilidades de que les brinden tiempo, les estamos privando del tiempo, del juego, estamos intentando acelerar permanentemente los procesos evolutivos. Sé que hay personas que hacemos el intento de contrarrestar eso pero en general los adultos no les prestamos tiempo y los ubicamos en un lugar de imposibilidad que va a ser muy difícil de contrarrestar a esos efectos.

[...] en algunas oportunidades las posiciones que intentan desligarse de los discursos de la ciencia moderna, o de la homogeneización, somos considerados como “no sabes de lo que estás hablando” me vi en muchas oportunidades teniendo que aclarar “yo no hago esto de forma improvisada” elijo no tomarle test que los ubiquen en lugares que sea difícil de moverlos, podría medirle el coeficiente intelectual pero yo elijo no ubicarme ahí. Eso es un posicionamiento ético y político.” (Entrevistado E)

Sólo uno de los entrevistados sostiene que hoy la época actual ha tenido modificaciones que abren el panorama en función de los niños y niñas:

“Creo que la época aportó una nueva movida, con nuevas lógicas que hicieron que “se fuera acomodando” para poder ubicar que eso no era sano bajo ningún punto de perspectiva, por los efectos que tenía la ritalina, era gravísimo. Yo creo que lo que ayudó es que esta época si bien siempre pareciera que falta, hay más aceptación socialmente, los movimientos feministas hicieron lucha de soporte, digo los movimientos feministas porque no hay un “movimiento de niños” pero sí creo que con esas luchas se ha impactado también en las infancias, por ejemplo, de no intentar forzosamente cambiando gente porque no entra en el estereotipo. Los movimientos de luchas de derechos siempre tocan otras movidas también. Con los niños pasó eso, de verlos como “infumables” pasaron a verlo como “bueno es normal en los niños”.” (Entrevistado C)

Sobre las respuestas establecidas se volverá más adelante. Vale preguntarse si en el contexto actual, la escuela se posiciona como un lugar privilegiado donde se vehiculizan los procesos de patologización. En ese sentido, (Dueñas; 2019) (Faraone y Bianchi; 2018) se sostiene la idea de que las campañas de “comercialización” respecto al catálogo de diagnósticos ha llegado a mano de los maestros. Advierte Gabriela Dueñas:

“En países latinoamericanos [...] se observa la utilización de campañas de concientización de enfermedades usando los medios masivos de difusión pero sin nombrar la medicación, y presentaciones en ámbitos educativos o en programas de radio o TV donde “expertos” en el tema “educan” a la audiencia para que sean capaces de identificar los síntomas.” (2019; p. 185)

Es en ese punto donde se ubica la clave del problema, puesto que de esa manera, ya no sólo son los médicos quienes pueden realizar un diagnóstico sino que ahora con la

fuerte difusión e instalación del discurso médico hegemónico, docentes pero también madres y padres consideran que pueden ubicar en los niños y niñas posibles patologías.

Ahora bien, ¿cómo es abordada esta problemática desde el espacio de la clínica psicopedagógica?.

Siguiendo la idea de María Cristina Rojas:

“[...] podemos impulsar una clínica que escuche y reivindique los afectos, tanto como el lazo terapéutico y la implicación del terapeuta, también sujeto en situación; cuando el sufrimiento es escuchado y acompañado, tejido en redes, puede no cristalizar en formas psicopatológicas.” (2013; p. 53)

No se trata de negar los discursos, se tratará de tomarlos para ponerlos en pausa, permitiendo que las familias hablen desde su propio saber, ya no el saber del Mercado, de la medicina. Se trata de poner en duda los discursos cristalizantes, las etiquetas fijas, se trata de poner a jugar al síntoma, de dar lugar al niño en tanto sujeto.

Es interesante para reflexionar retomar las respuestas de los psicopedagogos respecto al lugar que tienen hoy los niños y niñas. Ambas posturas sostienen una posición epistemológica y política determinada, puesto que es imposible, como se ha sostenido a lo largo de este trabajo, intentar mantener una postura neutral. Se sostendrá que ante un contexto de patologización fuerte, se impone un modelo que funciona a modo de una máquina capitalista que condiciona la subjetividad de los niños y niñas pero también es posible encontrar otra postura que podría denominarse de resistencia, puesto que efectivamente resiste los modelos hegemónicos actuales desde una postura crítica que pone el centro en el sujeto y sus derechos. Esta resistencia puede expresarse en los movimientos sociales pero también en las intervenciones y el posicionamiento clínico profesional de las y los psicopedagogos, en ese sentido, la apuesta de este trabajo será en relación a esta perspectiva, poniendo el foco en los niños y niñas, su subjetividad y sus derechos.

Reflexiones finales.

Luego del recorrido realizado por este trabajo es necesario partir de la problemática que ha acompañado y motivado este escrito: la patologización de los niños y niñas en la época actual. A lo largo de este recorrido se pretendió investigar y comprender cómo se percibe esta problemática en el contexto de la clínica psicopedagógica para los profesionales psicopedagogos recortando el foco en el denominado Trastorno de Atención con Hiperactividad (TDAH).

La apuesta consistió en promover una reflexión sobre el trabajo de las y los psicopedagogos y sus intervenciones cuando se consulta en la clínica por niños y niñas caracterizados como “hiperactivos” en los contextos escolares y familiares. Esta cuestión debe ser revisitada de forma urgente puesto que, como se ha mencionado a lo largo de este trayecto, estamos en un momento de avanzada del modelo médico hegemónico por el contexto actual neoliberal que condiciona fuertemente la vida de las personas y, en el caso que aquí nos convoca, la trayectoria de vida de niños y niñas.

Nos encontramos hoy ante un modo de ver el mundo atravesado por características particulares. Se imponen determinadas coordenadas para pensar a los sujetos. Estamos en presencia de un corrimiento de la palabra y la escucha en pos de privilegiar los observables directos, los datos. Como sostiene Alfredo Jerusalinsky (2005):

“En la trayectoria que estamos describiendo se fue apagando ese esfuerzo por ver y escuchar a un sujeto, con todas las dificultades que él tuviese, en lo que tuviera para decir, y se fue sustituyendo por el dato ordenado según una nosografía que apaga al sujeto. [...] es así como los problemas dejan de ser problemas para ser trastornos.” (pp. 87-88)

Estas caracterizaciones no son objetivas o inocentes, responden a un modelo hegemónico que busca que la maquinaria nunca deje de funcionar, una maquinaria que no precisa de sujetos sino de personas robotizadas y automatizadas listas para hacer funcionar el sistema. De lo que se trata aquí es cuestionar el lugar que ocupará el psicopedagogo/a ante esta problemática.

A lo largo de las entrevistas realizadas se pudo observar que la gran mayoría de los entrevistados realizan un trabajo que apuesta al sostenimiento del sujeto y su subjetividad, que tiene presente las características de la época actual y piensan la clínica

psicopedagógica desde una mirada compleja que sostiene a los niños y niñas en el centro de la escena. Se trata de una posición que sostiene el malestar y lo pone a jugar, no busca erradicarlo.

Este modo de intervenir sostiene que el TDAH se trata de un diagnóstico perteneciente a manuales diagnósticos que suelen encerrar al niño/a, avasallando sus derechos. Se corre a los niños del lugar de sujetos y se centra la mirada no sólo en los síntomas sino en aquello que el niño/a “no puede”. De esa manera quedan inhabilitados y excluidos de las propuestas que se llevan a cabo en la vida cotidiana.

Se ubicó, al mismo tiempo, una postura en uno de los entrevistados que se presenta a sí misma como “sin posicionamiento, sin marco teórico” y que lleva a indagar qué se sostiene cuando un profesional afirma que no tiene una posición teórica. Se comprende aquí que todas ellas son posiciones profesionales, epistemológicas y políticas que condicionan un modo de hacer clínica y de intervenir con el niño/a y su familia, entonces, al no reconocer ese posicionamiento profesional se corre el riesgo de no revisar ni reflexionar sobre nuestra propia práctica psicopedagógica.

Finalmente, este trabajo se ha propuesto poner en escena el modo de intervenir de las y los psicopedagogos que hacen clínica en la ciudad de Viedma con el objetivo de comprender si esas prácticas sostienen la subjetividad de los niños y niñas desde una posición ética y humana. Esta última será defendida como un posicionamiento de resistencia a la maquinaria hegemónica del Mercado.

Bibliografía-

*Affonso Moysés, M.A.; Collares, C. y Untoiglich, G. (2013) “La máquina medicalizadora y patologizadora en la infancia” En: “En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y en la educación”. Ed: Noveduc Libros.

*Asquini, I. y Nejamkis (2010) “Quinta estación. ¿Por qué vale la pena una práctica entre varios?” pp.29-31 En: “dirigir las escuelas primarias hoy. Avatares de la autoridad pedagógica. Itinerario en siete estaciones.” Escuela de Capacitación Docente, Centro de Pedagogías de Anticipación. Ministerio de Educación. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
http://www.cerpe.org.ve/tl_files/Cerpe/contenido/documentos/Calidad%20Educativa/Dirigir%20escuelas%20primarias%20hoy.pdf

*Baraldi, C. (2005). “*Diagnóstico en la infancia. Síntoma y Signo.*” Publicado en Untoiglich, Gisela (coord.) *Diagnósticos en la infancia*. Colección ensayos y experiencias. Buenos Aires. Ediciones Novedades Educativas. Págs. 17-29.

*Bianchi, E. (2009). El déficit de atención con hiperactividad (ADHD). Indagaciones acerca de la normalidad estadística en el cuerpo del niño. In *V Jornadas de Jóvenes Investigadores*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. <http://jornadasjovenesiigg.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/107/2015/04/Bianchi-El-Deficit-de-Atencion-con-Hiperactividad.pdf>

*Bianchi, E. (2012). Comentario a Nikolas Rose: Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. La Plata UNIPE, Editorial Universitaria. https://www.academia.edu/62423383/Comentario_a_Nikolas_Rose_Pol%C3%ADticas_de_la_vida_biomedicina_poder_y_subjetividad_en_el_siglo_XXI

Bianchi, E. (2015). “*El futuro llegó hace rato. Susceptibilidad, riesgo y peligrosidad en el diagnóstico y tratamiento por TDAH en la infancia.*” Revista de Estudios Sociales N° 52. Pp- 185-199. Bogotá, Colombia. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/51750>

*Bianchi, E. y Faraone, S. (2018) “Perspectivas, límites y aportes a la medicalización en el siglo XXI desde el estudio del TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad) en Argentina.” Pp. 601-621. En: “Teoría, política y Sociedad. Reflexiones críticas desde América Latina.” COORD: Ipar, Tonkonoff, Fernández y Lasalle. CLACSO. Argentina.

https://www.conicet.gov.ar/new_scp/detalle.php?keywords=&id=28317&capitulos=yes&detalles=yes&capit_id=7839889

*Cena, M. T (1990).”Diarios clínicos. (2). En los bordes de las psicosis.“. *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*”. Entrevista a Emiliano Galende. Editorial Paidós, Buenos Aires.

*Dueñas, G. (2019). “Acerca de la patologización y medicalización de los malestares infantiles actuales y sus derechos en juego”. Universidad del Salvador. Revista Derechos en Acción ISSN 2525-1678/ e-ISSN 2525-1686 Año 4/Nº 12 Invierno 2019 (21 junio a 20 septiembre), 178-189.

<https://revistas.unlp.edu.ar/ReDeA/article/view/8726/7567>

*Dueñas, G. (2018) “Debates actuales entorno a los criterios de abordaje de las problemáticas en el aprendizaje.” Universidad Nacional de Rosario. Voces de la Educación. Vol. IV - Número 7.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7017231>

*Dueñas, G; Kahansky, E. y Silver, R. (comps.) (2013) “La patologización de la infancia (II). Problemas e intervenciones en la clínica”. Forum Infancias. Editorial Noveduc. Buenos Aires.

*Filidoro, N; Bertoldi, S. et al (2021) “Psicopedagogía: revisión de conceptos y problemas. La construcción de conocimientos en la especificidad del campo profesional”. Ed: Biblos METODOLOGÍAS. Bs. As.

*Garcia, W. (2019) “Infancias en psicoanálisis. Vol. 1. Avatares en la constitución subjetiva”. 1º edición. Apertura pp. 11-20. Letra Viva. Buenos Aires.

*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.

Trabajos Originales. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (Argentina).
<https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/162/153>

*Leibson, L. (2017) “Los extranjeros también bailan”. pp. 69-77. En: Iuale, L. García, W. y Leibson, L. (2017) “Hacer-se un cuerpo en el autismo y la psicosis infantil”. Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. Editorial Letra Viva. Buenos Aires, Argentina.

*Levin, E. (2005) “¿Qué nos enseñan los niños en los diagnósticos actuales?” En: “Diagnósticos en la infancia. En búsqueda de la subjetividad perdida. Inteligencia, un debate desde la complejidad”. Documento sobre ADD/AHDH. Coord. Untoiglich, Gisela.

*Mannoni, M. (1984) “El niño, su “enfermedad” y los otros”. Prefacio pp.7-25. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.

*Osorio, F., & Yannuzzi, S. (2007). *Inteligencia y Subjetividad*. Cap. 1 “¿Que aprende un niño?”. (Vol. 65). Noveduc Libros.

*Quezada, P. (2018) “El posicionamiento que adoptan los profesionales que integran los Equipos Técnicos de Apoyo Pedagógico (ETAP), entre ellos los psicopedagogos, en los procesos diagnósticos de niños/as sospechados o rotulados con la sigla TDA/H y qué efectos producen en la escolarización de los mismos”. Tesis de grado. UNCo-CURZA. Viedma, Río Negro.

*Santiago, A.L. y Martins de Assis, R. (2016) “¿Qué le pasa a ese niño? Sobre alumnos que no aprenden y la intervención del psicoanálisis en la escuela.” 1º Edición. Grama Ediciones. Olivos, Buenos Aires.

*Scandar, R. (2003) “Estudio multicéntrico de prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la República Argentina”. Revista: Terremotos y soñadores. N°5. Pp.30-39. Argentina. [https://www.fnc.org.ar/assets/files/scandar%20\(1\).pdf](https://www.fnc.org.ar/assets/files/scandar%20(1).pdf)

*Tumburu, C. (2013) “Sobre la rectificación subjetiva en la clínica del aprender”. Revista Pilquen, sección Psicopedagogía. Año XV. N° 10.
<https://revele.uncoma.edu.ar/index.php/psico/article/view/2448>

*Ubieto, J. R. y Pérez Álvarez, M. (2018) “Niños hiper. Infancias hiperactivas, hipersexualizadas, hiperconectadas.” Nuevos Emprendimientos Editoriales S, L. Barcelona.

*Untoiglich, G. (2009). Patologías actuales en la infancia: El trabajo con los padres en la clínica con niños. Revista Online Pensamiento Psicoanalítico. N° 2 Año I. <https://aapipna.es/Revista-2/Articulo-de-Gisela-Untoiglich.pdf>

*Untoiglich, G. (2013) “En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y en la educación”. Noveduc Libros.

*Untoiglich, G. (2020) “¿Cómo cuidamos a nuestras infancias en tiempos de la maquinaria medicalizadora?”. Revista Pensamiento Psicoanalítico. N° 3. Diciembre. <https://pensamientopsicoanalitico.es/wp-content/uploads/2020/12/07-art4.pdf>

*Ventura, A. C., Gagliardi, R., & Moscoloni, N. (2012). Contextualización histórica e institucionalización académica de la psicopedagogía en Argentina. *Estudios e pesquisas em Psicologia*, 12(2), 648-662.

*Vercellino, S. (2004). La (Des) Aparición de la Dislexia: una mirada sobre el saber psico-pedagógico desde la perspectiva de M. Foucault. *Kairos: Revista de temas sociales*, (13), 2. <https://revistakairos.org/wp-content/uploads/Vercellino-Soledad.pdf>

Anexos-

Entrevistado A.

Se dedica a la clínica psicopedagógica con niños y niñas en la ciudad de Viedma, Río Negro.

Brevemente le comento a la entrevistada de que trata la presente investigación de grado.

Entrevistadora: me interesa mucho lo que tiene que ver con la caracterización de hiperactividad, no necesariamente pensarlo como un diagnóstico porque me parece interesante cuando ya llega el niño/a nombrado así por la familia o por la escuela. Entonces ahí, ¿cómo hace el psicopedagogo? ¿cómo trabaja, cómo interviene?, ¿cómo pensarlo? Al mismo tiempo pienso ¿cómo ellos construyen ese camino para nombrar así a su hijo/a o lo mismo desde el docente con su alumno?

Entrevistado A: eso es importante, cuando llegan ya con esa caracterización, que puede ser por un profesional o por la misma familia. Es interesante de escuchar porque no es un diagnóstico que trabajamos por lo menos los psicopedagogos que trabajamos desde el psicoanálisis, al menos con mis colegas, no lo pensamos así. Sería muy raro pensar que se arribó después de trabajar desde un proceso psicopedagógico desde el psicoanálisis a un niño con un trastorno como TDAH, en general llegan con ese diagnóstico o esa caracterización. Mi experiencia, y te digo en general lo que me ha tocado y cómo trato de poder ir escuchando eso, hay niños que llegan incluso con un certificado de discapacidad expedido por un neurólogo u otro profesional respecto a ese diagnóstico.

En principio trato de escuchar qué lugar tiene ese diagnóstico para esos papás y qué efectos tiene ese diagnóstico para ese niño, después a qué llaman hiperactividad, si es un niño que efectivamente es hiperactivo porque no puede quedarse quieto, no puede prestar atención, pero ¿cómo se manifiesta eso? porque hay muchos niños que se muestran así. Bueno, pero ¿todos los chicos son así? o es en el caso por caso, qué efectos tiene o a qué llaman hiperactividad en ese niño.

Es importante ver qué efectos tiene en los adultos que sostienen esa crianza, a los que está amarrado ese chico, no sólo los padres. Cómo repercute desde lo cotidiano y operativo hasta lo subjetivo, preguntar, a vos qué te pasó con ese diagnóstico, ¿por qué

lo llevaron? fue una sugerencia de la escuela, fue motus propio, ver qué lugar tiene la hiperactividad en esa familia.

De acuerdo a lo que sea es que uno va a tomar una direccionalidad en función del valor significativo que tenga en esa familia y lo que es su desenvolvimiento, cómo le afecta en la escuela.

El trabajo también es con los padres, poder poner un borde, una serenidad a lo que pasa. Casi siempre ese diagnóstico queda en stand by, uno se permite escuchar esas repercusiones, a veces es algo que los ha mantenido ocupados en un momento y a veces eso queda enlazado a otra cosa y se puede escuchar ese discurso. En algún punto el diagnóstico incluso cae.

Entrevistadora: ¿consideras que a veces la familia se apropia de ese diagnóstico? que lo aceptan porque en algún punto genera, “tranquilidad”, por decirlo de alguna manera.

Entrevistado A: Si porque hay algo que nombra eso que desborda, que no saben de que se trata, lo nombra y hace que quede por fuera de ellos. Entonces en algunos casos puede tranquilizar, lo cual no quiere decir que eso solucione nada, sí puede calmar cierta angustia. No los involucra en ese sentido a los papas, marca un camino de trabajo por otro lado.

Entrevistadora: vos en ese sentido, ¿cómo pensas la clínica psicopedagógica?

Entrevistado A: la realizó desde un abordaje psicoanalítico, entonces es importante ir pensando al niño enlazado a una trama discursiva que lo antecede, que es anterior a él, no es propia. Él ya nace teniendo un lugar en una historia familiar, entonces está muy sujeto a lo que vaya pasando cómo los papás lo pueden ir procesando, tramitando, digiriendo y el niño queda ubicado en esa trama, y padeciendo de las cosas que esa novela familiar no logra procesar. No en el sentido del deber, del cómo deben procesarlo, sino en lo que pueden, en cómo lo van viviendo. ¿qué pasó con ese niño? si no hay un compromiso orgánico, qué pasó entonces con el desarrollo de ese chico cuando hubo que construir bordes para que no sea todo excesivo, para construir motricidad fina, el juego, la ausencia/presencia, poder quedarse en el jardín, ¿qué fue pasando en ese tiempo, qué le fue pasando a los grandes?. Ahí es cuando desde la

clínica nos preguntamos, ¿en qué universo simbólico está o no, alojado ese niño? y sobre todo lo que le pasa a ese niño.

Entrevistadora: ¿siempre trabajas con los padres?

Entrevistado A: Sí, siempre cuando se pide una consulta por un niño siempre me permito tener, a veces es una, dos, tres o las que sean necesarias antes de ver al niño. Porque la consulta la realizan los papás. Entonces bueno, la presentación de la demanda hace también a un dato más, hay algo del problema, cómo se presenta ese pedido. “Vengo porque anda mal en la escuela”, “vengo pero yo no tendría que estar viniendo”, “vengo porque me mandó la pediatra” o “lo noto así o así”.

Entrevistadora: Bueno, en relación a eso, “vengo porque me manda la escuela” ¿no? alguien comunica que algo le pasa a, digamos, fulanito. De acuerdo a lo que he leído, conversado, parece que en la escuela hay una cierta búsqueda digamos de un niño diferente, el denominado austista o hiperactivo, con una caracterización. ¿Cómo lo pensas?

Entrevistado A: mira yo misma hubiera sido diagnosticada como hiperactiva en la primaria eh, si hubiera nacido en esta época, pero antes te mandaban a buscar el borrador, a buscar agua, las maestras lo gestionaban de otra manera.

Entrevistadora: ¿crees que es un fenómeno de época?

Entrevistado A: sí, claro que contribuyen mucho los rasgos de época, antes los adultos buscaban otros caminos para tramitar aquello que resultaba excesivo, en otros momentos se procesaba de otra manera, por ejemplo para la institución escuela. Se pretende que por al menos 40 minutos se queden sentados escuchando a la maestra, ¿no?. bueno ese exceso, esa cosa disruptiva de algunos niños, antes había otras respuestas para eso. Hoy esas respuestas las da el laboratorio, el manual diagnóstico, hay un remedio que te lo soluciona o una batería de terapias, una cognitiva, un taller de habilidades sociales, una serie de cosas que acompañan ese diagnóstico. Entonces bueno, sí, los rasgos de la época hace que eso que los padres no saben qué hacer cuando se lo nombra, da cierta tranquilidad, pero no quiere decir que le brinde bienestar al niño.

Entrevistadora: En general parece que todos andamos con un estilo de vida muy apresurado, queremos que todo sea ya, y los chicos que siempre tienen otro niño, automáticamente algo le pasa. Si se mueve mucho le pedimos que esté tranquilo.

Entrevistado A: sí claro, es un niño. Quiere jugar, quiere atención, se quiere mover, y sí es un niño. La infancia es tiempo, y hoy lo que nadie tiene es tiempo. Tiempo para dedicar, para ver, para estar.

Entrevistadora: Claro, hoy hay muchas urgencias, el encuentro entre padres cansados, pero esa mirada de los padres hacia los niños es de pensar “algo tiene”

Entrevistado A: sí absolutamente, quieren enviar a niños de 2 años y medio a hacer algo, a cerámica, a baile, a japonés, ¿qué más?. Está faltando el tiempo de constitución, el tiempo de armado, el de construcción. Ver qué se hace con toda el agua con gas que tenemos adentro. Qué universo simbólico construimos para que más o menos podamos vivir en sociedad.

Entrevistadora: ¿Crees que hoy en día como adultos no se le da lugar para alojar a los niños?

Entrevistado A: no hay lugar, no hay tiempo, estamos siempre apurados, siempre mirando para otro lado, mirando el celular, el chico acá colgado y nosotros con mil cosas al mismo tiempo. No hay un registro del uno a uno y eso repercute mucho en los chicos y no se dan cuenta, a ver, no de la culpabilización, pero sí de la responsabilidad de pensar que es un tiempo para criar cachorros humanos que es de locos. “Le leí un cuentito pero no se duerme” y a veces es incomodo, a veces cuesta no a veces no alcanza, y los grandes no saben cómo, y pasa eso, los grandes no saben, no tienen un saber sobre la crianza. El nene es el que sabe. En otros momentos los padres y madres sabían, cómo podían, se habilitaban a ser padres. Es necesario poner un límite, hacer uso de ese saber.

Hay un respeto sobre el niño, sabemos que no es una babosa pero ya nos hemos ido a otro extremo donde el chico se cría solo, donde se pretende que el chico marche solo. Por ejemplo, te dicen “se le murió la abuela y está triste, está raro” y sí, por supuesto

que va a estar triste, se ha llegado a un punto en que las cosas cotidianas se patologizan, como el duelo, que a menos que sea algo patológico no necesariamente uno tiene que recurrir a un espacio, hay que entender que son cosas de la vida y permitir que se tramiten. Se han patologizado las cuestiones vitales. “Me separé con el papá y lo veo raro” y sí, lógico, también hay que pensar ahí cómo cada familia arma un cuento digamos en eso que pasa. Muchas veces ni siquiera llegamos al trabajo con el niño.

Entrevistadora: ¿Te ha pasado eso? trabajar con los padres y no conocer al niño.

Entrevistado A: sí, o que alguno de los padres se quede en análisis, porque muchas veces no era algo del chico, muchas veces son ellos los que soportan sobre el cuerpo algo de la escena familiar, pero no son ellos los que tienen que poder tramitar algo, no son sólo ellos. Entonces por ejemplo, la hiperactividad, son chicos que muchas veces no pueden anclar algo. Pero bueno, son tiempos que son más difíciles para criar.

Entrevistadora: ¿En algún momento de tu trabajo clínico has arribado a un diagnóstico de hiperactividad?

Entrevistado A: No, porque no es una categoría que usamos en psicoanálisis, no lo pienso así. En todo caso se toma como algo que trae la familia, que nombra al niño, no lo desestimo en tanto que ellos lo traen pero no como una categoría diagnóstica. Lo puedo pensar, a ver en qué tiempo está, qué es lo que le está pasando, lo que no logra apaciguar, qué pasa con su cuerpo a nivel pulsional, qué bordes encuentran las pulsiones, qué le viene dado, qué se le reclama. Ver, en la cadena discursiva de la familia, qué lugar tiene eso que nombran. Hay que desplegarlo, ver el caso por caso, contextualizar al sujeto en su particularidad.

Entrevistadora: A partir de lo que venimos charlando, pienso, ¿cómo pensas vos las intervenciones?

Entrevistado A: Siempre se apuesta a que algo de lo sintomático o del malestar que aqueja a ese niño entre en juego, o no, porque es a partir del juego, del dibujo que eso puede expresarse y donde también se interviene. Uno interviene en el juego, en el dibujo porque es ahí que puede tener un efecto. Algo del exceso, lo hiper, la falta de

concentración, ir estableciendo demora, un corte, un tope, un borde a todo lo desfasado, eso es una manera de ir interviniendo en un primer momento. Pienso por ejemplo en los juegos reglados, lo más reglados posibles. Eso permite moverse en “lo legal”, como el juego lo habilita, y en algunos casos eso apacigua mucho. Ir ubicando puntos de corte, “che esto no se puede, vos sos un niño”, que parece una pavada pero no lo es. Y delante de los padres también, que cuando la transferencia esta hecha, suelen responder aliviados a esos límites. Cuando la ley ingresa empieza a ordenar las cosas.

Entrevistadora: por ejemplo, si pierden en esos casos, ¿mucho frustración?

Entrevistado A: claro, se enojaban y no querían jugar más. Entonces bueno, es en el juego con los niños, más en esto de lo hiper, pensar ¿a qué se le llama hiperactividad?

Entrevistadora: Imagino que también entra en juego cómo se muestran ellos en este espacio

Entrevistado A: también, acá capáz muestran otra cosa. Con los papás lo mismo, que puedan hablar, desplegar en términos de discurso, cómo lo ven ellos.

Entrevistadora: Fundamental la instalación de la transferencia ¿no?

Entrevistado A: totalmente, si, me ha pasado algunas veces cuando algo toca la subjetividad de los papás y no vienen más. Bueno, ahí pensar, re-pensar, qué no pude escuchar yo, que por ahí fue fuera de tiempo. A veces uno interviene pero no estaba aún instalada la transferencia, necesitábamos más tiempo. Y ahí la resistencia es del analista porque nos apuramos, no logramos captar algo a tiempo. Si el analista está urgido es mucho más probable que metamos la pata, hay que ver el caso por caso, hay que ver si hay riesgos ¿no? pero muchas veces la urgencia juega una mala pasada y no es esa nuestra función, digo curar, nuestra función es escuchar. La cura viene por añadidura.

Entrevistadora: ¿usas mucho el juego como recurso? ¿cómo lo vivís?

Entrevistado A: si mucho, mucho. Yo me re divierto, realmente juego. Hay que poner el cuerpo, totalmente, hay que disponerse. Te tiras al piso, te convertís en un juguete, jugar

a las escondidas, es siempre así. Tenés que poder jugar sin que eso sea un esfuerzo, algo de eso tiene que ver con el deseo de analista. Uno se presta ahí, es un sostén. Hay variadas cosas en el juego. La función es estar disponible, después podemos pensar si lo que surge es juego o no es juego, también es importante. Uno es parte del juego como analista.

Entrevistadora: ¿pensás que es importante tener esos espacios de reflexión, supervisión?

Entrevistado A: fundamental, si, muy importante. Espacios de formación, análisis propio. Uno termina el día y necesita hablar de lo que pasó, porque uno es parte de eso. No creo que todos tengan que hacer lo mismo, pero sí si uno elige trabajar desde esta perspectiva lo tiene que hacer. Y así y todo es re-contra difícil, teniendo incluso esos pilares. Más aún si trabajamos con niños, porque sostenemos muchas transferencias, no sólo del niño y los padres, sino con la maestra, la abuela, la niñera, el profesor de fútbol. Todo el que interviene en la vida del niño puede ser importante. Es un trabajo intenso.

Entrevistadora: ¿lo evaluás siempre en el caso por caso también? ¿en qué casos consideras incluir a la escuela?

Entrevistado A: muchas veces se la incluye, siempre es caso por caso. La escuela es un lugar importante, no siempre lo hago, pero sí es un lugar al que recurro porque el chico pasa muchas horas todos los días, es importante. Pero no siempre, a veces es la abuela, es la niñera, quien sea importante para el niño. No hay una receta, claro que uno tiene ciertas herramientas conceptuales y encuadre de práctica, pero no tenemos una receta previa. Entonces el diagnóstico de hiperactividad es un avatar más con el que se encuentra un niño, no es algo determinante. Lo biológico está, pero ¿qué impacto tiene eso en la persona? pensar a los niños en los tiempos de constitución es importante.

Entrevistadora: bueno, muchas gracias por tu tiempo.

Entrevistado A: a vos, gracias.

Entrevistado B:

Se dedica a hacer clínica psicopedagógica con niños y niñas, adolescentes y adultos en dos centros de la ciudad de Viedma, Río Negro.

Entrevistadora: bueno, la idea es que más allá de las preguntas me puedas ir contando, si querés agregar algo también, todo suma

Entrevistado B: Dale dale, perfecto

Entrevistadora: Bueno, en primer lugar, te quería preguntar si trabajás de algún marco teórico en particular para pensar tu práctica...

B: Mira, justo venía hablando con una compañera de eso, yo no me posiciono, no tengo un marco teórico, viste que nosotras en la carrera vemos variado, y ese variado lo vas trabajando a medida que vas pasando por todos los pasos. Por ejemplo, si nos llega un paciente derivado por alguna situación, vas viendo, con una escucha libre, vas viendo usar una técnica para evaluarlo y tener un diagnóstico y ver cómo seguir con ese paciente, vas teniendo distintas ramas de nuestra carrera, todo lo que tiene que ver con el psicoanálisis, aplicas lo evolutivo, lo que tiene que ver con lo social, o sea, todas nuestras perspectivas, bueno, yo en mi caso las aplico. Tengo otros conocidos que no, puramente psicoanálisis y otros compañeros que no, que solamente de lo cognitivo y nada más. Pero en mi caso yo aplico todo lo que se va cruzando.

Entrevistadora: bien, y ¿en qué lo tomás en cuenta? ¿lo vas pensando paciente por paciente o cuál es tu criterio?

B: es paciente por paciente, tengo como dos tipos de paciente, trabajo en una fundación donde la mayoría de los pacientes ya vienen con un diagnóstico de discapacidad, y en otro centro, donde llegan solos, a demanda, sin diagnóstico. En los que ya tienen el diagnóstico ya sabes de qué manera trabajarlo, pero vos pensas en una situación, de qué manera trabajarlo, y te encontras con que el paciente ese día no quiere hacer eso, no tiene ganas, preparas un sin fin de cosas orientado a ese paciente, no es que con todos trabajás las mismas cosas en todos los pasos, no, el paciente te va llevando mientras uno quiera. Es paciente a paciente.

Entrevistadora: muy particular digamos, ¿y trabajás con nenes muy chiquitos?

B: el más chiquito tiene cinco, re pequeño, de 5 y 8, después adolescentes y adultos. Pero están repartidos, tienen días específicos, por que te lleva organizarte, el agotamiento, la atención que tenés, el cuerpo que ponés es bastante pero es lindo, vale la pena.

Entrevistadora: te sirve organizarlo así, no?

B: si si, y a parte como son diagnósticos distintos, aplicás cosas distintas, ves cosas distintas, la atención es de otra manera.

Entrevistadora: bien, ¿y cómo pensas vos la construcción del diagnóstico? ¿cómo llegas a eso? Acá en particular con el diagnóstico de hiperactividad pero vos ¿qué tomás en cuenta? ¿en qué te fijás?

B: a veces cuando llegan con ese diagnóstico lo dejo ahí, veo cómo se presenta, a veces se presenta algo más orgánico, algo del cuerpo, y a veces llegan y ves que por ejemplo el diagnóstico dice “tiene dificultad para caminar” y eso no lo vemos, digo en lo que se puede observar. Pero más allá de eso, el diagnóstico sí lo veo, lo respeto pero lo dejo de lado para ver cómo trabaja el paciente. y En el caso de que llegue un paciente con diagnóstico de hiperactividad, no, será observarlo, porque muchas veces pasa que esa hiperactividad se da en un determinado momento, a nivel tiempo, o con determinadas personas. o en la escuela, o porque está reflejando algo, se está sintiendo de alguna manera en ese lugar, no es que el hiperactivo es así en todos los ámbitos, tengo muy en cuenta eso.

Entrevistadora: aunque no vengan con un diagnóstico, pero que venga con el discurso de la familia escuela.

B: si si, o hasta ellos mismos, “tengo esto porque mi papá me dijo...” pero nada, es escucharlos, aunque sean chiquitos, porque tienen esta necesidad de sacarse algo de encima, entonces se lo sacan y empiezan ellos a comportarse como son ellos. Pepito se muestra como pepito en el consultorio si vos lo dejás ser pepito, sino lo ves como ese

diagnóstico con el que llega. Pero sí, yo dejo de lado muchas veces eso para planificar según cómo él venga.

Entrevistadora: Bien, ¿qué herramientas utilizas en tu práctica?

B: mucho el juego, en el primer tiempo, pero porque él necesita relajarse, construir ese vínculo, también para romper con la escuela, que ellos vean que no estás ahí para evaluarlo, por eso se evita por ejemplo, tomar nota frente a él. Porque sino ellos se dan cuenta, y lo toman como ¿qué hice mal? ¿por qué anotó?. Entonces, el primer tiempo como un juego libre y después lo que se va llevando. Al principio es más vincular lo que ellos presentan, tengo en cuenta lo que dice la familia y la escuela, pero la realidad es que ellos te traen su problema, lo que a ellos les importa, es ir trabajando eso y después podés unir con las otras dificultades, o te das cuenta el por qué aparecían esos problemas en la escuela por ejemplo el problema de la atención, quizás es por ese problema que su atención estaba puesta en otro lado pero no es que tiene una dificultad en el aprendizaje. Entonces, la escucha es lo más importante porque como te decía yo puedo preparar técnicas o alguna actividad pero me estoy olvidando de escucharlo a él.

Entrevistadora: ¿Qué concepción entendés vos de niño?

B: Se me vino a la cabeza la palabra vulnerabilidad. Esto que decimos todos, es un sujeto que esta construyéndose en distintos contextos y actualmente es una vulnerabilidad terrible la que tienen. Entonces si no tienen un marco de contención en distintos lugares nos encontramos con, no con niños problemáticos, sino que manifiestan lo que le pasa a ellos.

Entrevistadora: ¿cómo pensás lo de la vulnerabilidad? ¿sería en la familia, en la escuela...?

B: como que están expuestos a todo lo que pasa, no sé si antes estaba más discriminado esto de lo que es del niño y lo que es del adulto, el niño juega y el adulto se hace cargo de todo. Hoy estamos viendo que ya no está esto, el niño se hace cargo muchas veces de cuestiones familiares, cuestiones económicas, está presente en problemas familiares y va absorbiendo todo eso, entonces, esta idea que se pensaba de que el niño solo juega ya

no es así, entonces en esa construcción él va absorbiendo todo eso y su atención ya no está en “bueno tengo que aprender las tablas” no, yo estoy acá en la escuela pero estoy pensando que a mi mamá le está pasando algo o la situación económica de mi familia. A eso me refiero con vulnerables, que ahora ellos saben, se enteran. Es difícil porque además no sé si es pospandemia o es que se mostró a partir de eso, mucha situación de conflicto, y eso hizo que los niños lo absorbieran y bueno, es difícil.

Entrevistadora: bueno algo que traés me engancha con la próxima pregunta, que tiene que ver con el contexto actual ¿vos cómo entendés el contexto actual para las infancias, se da lugar para alojar a los niños?

B: hay lugar para alojarlo a ver, en contadas, por ejemplo si tomo 10 familias será 1 o 2. El resto, están absorbidos por su contexto, no hay un alojamiento, también está pasando mucho que además de preocuparse de la familia ellos ven que se encuentran desde la vereda de enfrente, discrepando mucho, tanto de lo que la familia hace o dice, veo en muchos casos como psicopedagoga y como profe, no hay adultos del otro lado. Uno como niño tenía la preocupación de portarse bien o tener una buena nota y ahora no, del otro lado no hay alguien que lo rete, no tienen manejo horario, no sólo adolescentes, niños eh. Esto lo veo como profe, por ejemplo, se tuvo que pasar el horario de la leche más temprano porque la mayoría entra sin almorzar, a veces no hay comida, pero a veces no hay un adulto que despierte cuando hay. Por eso digo que se desdibujó y en muchos casos no hay adultos, son como pares, y es como grave porque ¿y cómo se van criando? ¿cómo llegan ellos a ser adultos? Nosotros no teníamos eso de “si quiero hago esta materia y sino me la llevo” no, no era así, y los adultos hoy con tal de no generar un conflicto dicen “bueno, llevatela” ese limite ya no está

Entrevistadora: siempre entonces está en el consultorio ese trabajo con la familia, ¿no?

B: si si, pero ese prototipo de familia a la que le aplicabas el protocolo de entrevista ya no se ve, no, llegan y se agarran de los pelos, y es raro porque antes se veía que estoy en un lugar con un profesional que posiblemente pueda evaluar a mi nena no me voy a pelear, pero pasa, pero también está bueno porque te deja el punto de vista de cada uno pero decís ¿cómo será en la casa? porque si acá hay un mínimo de cuidado...

Entrevistadora: bien, sí, ¿y las intervenciones con padres cómo lo pensás?

B: con padres sí, lo he pensando pero todavía no he tenido el tiempo porque todo lo que el paciente trae claro que es un reflejo de la casa entonces hay que hacer una devolución y la hago a los padres como para ir modificando o que ellos vayan revisando algunas situaciones porque sino no se genera el cambio o la mejora si en la casa sigue todo igual.

Es muy importante el contexto porque ese paciente puede llegar a mejorar en mi caso pero ¿y después?

Entrevistadora: en relación a la hiperactividad, ¿vos crees que hoy en día hay diagnósticos que funcionan a modo de etiquetas?

B: sí, eso para mí depende de cada profesional, porque si nosotros tomamos al diagnóstico como posibles direcciones a donde apuntar, ahora sí lo tomamos como ese paciente igual al diagnóstico no vamos a tener cambio de nada, por ejemplo hiperactivo. Yo considero que es una herramienta, en ese momento cuándo fue evaluado fue eso, pero hay que ver cómo sigue, cómo se presenta. Y no tratarlo así, por ejemplo, es hiperactivo y le voy a aplicar sólo las intervenciones desde hiperactividad, porque quizás es hiperactivo pero también es pepito, con todo lo que trae él. Ojo porque hay profesionales que no, que es puramente diagnóstico, yo no. También esto de ir conversando con otros, yo pienso así, y la devolución del otro está bueno, no sé si es supervisión pero sí el trabajo conjunto con otros colegas, mostrar que es lo que pasa te sirve un montón, porque puede hacer sugerencias, porque es real que nosotros ingresamos a la clínica y nos vamos empapando de estrategias, con cada paciente tenemos juegos distintos, no lo conocemos todo.

Entrevistadora: más allá del juego ¿utilizás otro tipo de estrategias?

B: hay dos que implemento, por ejemplo, el juego de la OCA pero también tengo tarjetas que hace preguntas de todo lo que hace el paciente o de reflexión entonces evitas todo eso de “contame sobre tal cosa” y a través del juego tiene más apertura, siempre por ahí incluido el juego o algo para armar preguntas, o que arme un texto y ver redacción, comprensión, porque así salís de lo que es la escuela. A través de eso ellos

piensan que van a jugar, y ellos se re enganchan así pero en realidad vos observas otra cosa, lo mismo que las masas, las cartas. Por eso el psicopedagogo está visto como “ay van a jugar” y si, ahí están viendo otras cosas.

Entrevistadora: como para ir terminando, ¿vos cómo entendés la hiperactividad?

B: ¿cómo la veo?... por ahí está mal vista porque muchas veces son diagnosticados cuando no se quedan quietos, van y vienen, no pueden sentarse como lo establece la norma, prestando atención, pero para mi es un indicio del por qué, qué lo intranquiliza, por ahí no está mal porque es su conducta su forma de ser, pero sí hay que aprender a trabajar en un espacio como la escuela que tiene que saber, no sacarselo pero si saber que no en todos los espacios. Hay cosas que son de él, pero a veces es un reflejo, como un síntoma, que no es algo a extraer pero sí a prestar atención al porqué, si es propio de él o si trae como reflejo de la familia o la escuela. Indagar, cómo es en la casa, cómo es para comer, para mirar tele, no sé, o si en la escuela lo hace siempre, en qué situación, indagar en todos los espacios ver, escuchar todas esas voces.

Entrevistadora: ¿hay una diferencia en cómo lo ve el adulto?

B: claro, está bueno porque hay un límite fino ahí, yo diría ni mucho ni poco, estar alerta y prestar atención, en cómo lo hace, si esto de ser inquieto o deambular lo hace tranquilo o irritado, prestar atención, Pero es real que la familia hay cosas que no ve, por eso decimos que el docente tiene todo el saber sobre el niño, si hubieron cambios, cómo llega. Ellos son la pata más importante, lo ve en interacción con sus pares, no solo con la familia, pero es necesario estar alerta.

Entrevistadora: ¿crees que la posición de los adultos de “no pasa nada” puede repercutir en ellos?

B: sí porque por ahí ellos lo ven como que los papás no se preocupan, no me dan bola, no sólo con el diagnóstico sino por ejemplo con los adolescentes que por ahí dicen que se van todo el día de la casa y los papás ni se enteraron. Por eso digo que muchas de las situaciones de ahora es porque no hay un adulto o no hay una preocupación de lo que

pasa. Por eso se dice que la escuela hoy cumple esa doble función, no el 100% ni en todos los casos pero sí mucho.

Entrevistadora: bueno, muchas gracias, con eso estamos

B: bueno, espero ayudarte.

Entrevistado C:

Realizó su trabajo en la clínica psicopedagógica durante 15 años hasta el año 2020 en la ciudad de Viedma, Río Negro.

Entrevistadora: En principio te comento que yo vengo pensando este trabajo con coordenadas respecto a la época actual y a la construcción de los diagnósticos, en particular de la hiperactividad, vos cómo lo pensas?

C: el rasgo de época me parece fundamental, porque lo que he observado a lo largo del tiempo es que según las denominaciones que aparecen en el DSM V y muchas corrientes donde se diagnostica todo básicamente, hasta el movimiento, cuando yo inicié la práctica clínica las cuestiones de la hiperactividad y la ritalina estaba muy presente. Se veía mucho al punto de que llegaban muchos niños al consultorio con el mismo diagnóstico hecho por algún neurólogo, como hoy llegan con el espectro autista, digamos, pero creo que siempre el rasgo que marca algo de eso es la época. Mañana hablaremos de patologizar otra cuestión, en algún momento fue la enuresis, como algo que aparecía mucho, pero insisto que tiene que ver con esos movimientos de las neurociencias. Las neurociencias yo creo que por una cuestión de que aporta la ilusión de la solución ellos generalmente han tratado de hasta encontrar el gen de la psicosis. Bueno, todo eso va generando una horda de niños diagnosticados de acuerdo a quién lo solicita y quién los atiende. La clínica tiene esto de que es siempre con la demanda de alguien, a veces no hay una demanda como lo pensamos en el psicoanálisis, pero sí hay un pedido que está atravesando por diversas cuestiones. Desde el síntoma que tiene un niño, lo que dicen en la escuela, lo que trae el médico, lo que piensan los padres y los tiempos del niño que si uno no detiene, no escucha, no pausa, queda totalmente arrasado. Porque de hecho hay muchas líneas que responden directamente al pedido.

Entrevistadora: Vos en ese sentido te posicionarías desde el psicoanálisis

C: sí, a mi me pasó mucho tiempo que supervisaba bastante seguido porque sino quedas atrapado en intentar dar respuesta, te lo demandan digamos, y bueno yo me acuerdo que mi analista me lo decía y aún me lo dice en este nuevo trabajo, que es que no hay que perder de vista que uno trabaja con la escucha, y eso tiene un tiempo, el tiempo de escucha, y sino uno termina como atrapado en cierta lógica actual que tiene que ver con la urgencia. Esto que sucede ahora, bah, no sé si es de ahora, pero hoy responder ya y parece que también hay rótulos, bueno vos me decias la hiperactividad...

Entrevistadora: bueno, por ejemplo, vos ¿cómo pensás la hiperactividad?

C: bueno justamente lo pienso en esos términos, leído como un síntoma más que se encuentra en estos manuales y tiene una serie de características, a eso se lo medicaba con ritalina en su momento, que es una medicación que en muchos lugares está prohibido por los efectos colaterales en el cuerpo. Pero además de tratar de gobernar algo, de intentar controlar algo que es el movimiento, que es normal que el niño se mueva, porque cómo medimos qué es lo normal en eso, según qué. Creo que si lo leemos como un síntoma ahí uno puede hacer una lectura con ciertas conceptualizaciones, ver si es sintomático, a veces en algunos casos es lo mejor que le puede pasar a un niño, o no, como siempre decimos es caso por caso. Hay escritos super interesantes sobre la urgencia.

Entrevistadora: en el caso de la consulta de los padres o de quien consulte por el niño...

C: bueno, yo he trabajado mucho tiempo en un consultorio médico y tenía como compañeros a neurólogos infantiles, y venía uno de afuera que decía barbaridades en esa época pero era un “santo” y algunas cosas le llegaban a otro compañero él decía “esto no es así” e hizo un recorrido de pensar que la hiperactividad, en otros casos también tenía que ser de otro modo, venían capaz a pedir ritalina. Algo que también cambió mucho fueron los docentes, porque los docentes venían a pedir que se medique a los niños, porque me llamaban por ejemplo de la escuela para hablar de algún niño y ellos mismos decían “nosotros le pedimos a la madre que lo mediquen al chico” y era muy

complicado porque había algo que ellas no soportaban. Creo que la época aportó una nueva movida, con nuevas lógicas que hicieron que “se fuera acomodando” para poder ubicar que eso no era sano bajo ningún punto de perspectiva, por los efectos que tenía la ritalina, era gravísimo. Yo creo que lo que ayudó es que esta época si bien siempre pareciera que falta, hay más aceptación socialmente, los movimientos feministas hicieron lucha de soporte, digo los movimientos feministas porque no hay un “movimiento de niños” pero sí creo que con esas luchas se ha impactado también en las infancias, por ejemplo, de no intentar forzosamente cambiando gente porque no entra en el estereotipo. Los movimientos de luchas de derechos siempre tocan otras movidas también. Con los niños pasó eso, de verlos como “infumables” pasaron a verlo como “bueno es normal en los niños”.

Entrevistadora: ¿Vos pensas en esto que vas diciendo que hoy en día hay un poco más de aceptación, o alojamiento a las infancias, que en otras épocas?

C: sí, en algunos casos sí y en otros no, hay que seguir trabajando. Creo que sí se abrió mucho con la lucha de los abusos, de los movimientos, a poder pensar diferentes proyectos en Nación por ejemplo, hasta que no se hicieron denuncias y movidas no se hablaba de esto, cambió el paradigma para los niños, del tutelaje a ser sujetos de derechos. Los derechos, las convenciones, hicieron que se empezara a denunciar y a pensar los abusos y los derechos de los niños. Cómo los movimientos de lucha afectan otros movimientos que necesitan modificar su realidad, eso es directamente de la época, el psicoanálisis toma mucho de eso.

Entrevistadora: ¿qué puedes decir vos sobre la concepción del niño?

C: bueno desde el psicoanálisis hay mucho, un niño es lo que se dice o no se dice de él, en qué trama familiar se encuentra, cómo se habla de ese niño, en qué momento llegó. Hay muchos conceptos, mucho escrito, a veces medio rebuscado, pero la noción básica, es quién dice del niño y qué dicen de él. En principio uno escucha a una persona, en el mejor de los casos, alguien que esté en tanto padre. Porque muchas veces viene alguien que es, por ejemplo, la abuela pero te habla del niño como si fuera el hijo, bueno eso. Por eso es interesante qué es un niño. Ya lo decía Galeano, estamos hechos de palabras,

de historias, el psicoanálisis es eso, no deja de lado los rasgos de época ni los discursos, porque son esos con los que trabajamos.

Entrevistadora: se reciben a padres y ¿se trabaja con ellos?

C: si, no en la misma sesión, pero sí. Es necesario porque si uno no hace esa intervención no solamente te estás perdiendo la gran historia del niño, sino que estas dejando al niño como responsable de la solución de su síntoma por sí solo, como si hubiera nacido de un repollo. Por eso es valioso que los padres sean parte del tratamiento, y ver después que hace el niño con su síntoma, porque vaya a saber qué hacen los padres con lo suyo, no? y que también seguro genera efectos en los niños. Por eso los padres o quien consulten, son prioridad, a veces te piden informes o escuchan sólo una parte, y uno dice ¿y la otra parte? y cómo se escucha a un niño si falta una parte. Claro que hay casos que se trabaja con lo que hay, pero digo, si están hay que convocarlos, eso es importante.

Entrevistadora: si si, viene de la mano de tu concepción de niño...

C: si, y también es qué dicen de la escuela de ese niño, yo antes discutía más por ahí con la escuela. Me han tocado varios casos donde la escuela tenía un discurso que había que poder mover, poner en cuestión. Qué concepciones sostiene la escuela, qué discursos. En la escuela aparece lo que dicen del niño, el rebelde, el revoltoso, todo. Entonces cuando vienen y te dicen “en la escuela me dijeron x” y cosas así surgen siempre en la clínica, en algún punto el niño conoce cuál es el discurso sobre él, respecto al síntoma en muchos casos, vos les preguntas si saben y en muchos casos sí. En la clínica te encontrás con tantos niños como historias te pueden contar. Te encontras a veces con un papá que dice una cosa del niño y una mamá que dice otra, parecen dos nenes diferentes por ejemplo.

Entrevistadora: En algún caso te ha pasado de trabajar con los papás más que con el niño?

C: si, también, si. Muchas veces, también me ha pasado que los nenes dejan de venir y continúan los padres en el espacio, muchas veces porque algo de la función materna o

paterna los convocaba a hacerse preguntas sobre lo que pasaba y bueno era un espacio para eso. Lo que surgía muchas veces en esos espacios es que por ahí los niños comenzaban a hacer movimientos sin venir al espacio. A veces no es si o si llegar al consultorio. Más de una vez me ha pasado con adolescentes, que ellos tenían mucha resistencia, y venían los padres hasta que a veces empezaban los adolescentes. Y bueno, hay diversas formas de trabajar, las escenas familiares son como un juego de ajedrez, donde se mueve una ficha otras se mueven y si no se mueven también eso tiene consecuencias. A veces el niño o adolescente no está, pero está en palabras, de lo que se dice, y hay algo en acto que muchos padres ponen en funcionamiento porque algo de los hijos los interpela. A veces parece que sino citas al niño, en términos de transferencia, citas al niño pero como una estrategia. Si hay algo que es claro es que sino hay transferencia no hay posibilidad de transferencia.

Entrevistadora: así para pensar las intervenciones

C: sí, por supuesto

Entrevistadora: En la clínica con niños aparece esto de sostener múltiples transferencias, ¿cómo lo pensás?

C: es sostener varias partes, pero sabes qué, la práctica clínica te va enseñando que si vos logras medianamente la transferencia con el niño o con una de las partes, el tratamiento funciona. Por más que haya resistencia de la otra parte, y bueno, se trabaja con quien está. Eso a mi me lo marcaban en las supervisiones, ojalá pudieran estar todos, pero a veces no, porque justamente es transferencia mediante, no es sin ello. Es imposible usar un protocolo para usar en todos los casos. Hay que trabajar el caso por caso, se piensan las coordenadas para cada caso. Sí tenés que tener nociones conceptuales básicas sí, pero no porque todos encajen ahí, no, al revés, son los que te ayudan a pensar. Me pasaba cursando una materia, que había una lectura muy direccional en unas técnicas, lo que pasaba es en ese caso particular no sería igual para todos. En muchos casos los síntomas parecen el mismo pero las causas seguro no son lo mismo.

Entrevistadora: para pensar el diagnóstico cómo lo pensabas

C: siempre era algo que me hace pensar porque desde siempre es ¿qué tiene?

Entrevistadora: ¿pensás que ese pedido buscaba cerrar un poco el sentido?

C: sí por supuesto, si, me ha pasado de leer informes de niños que tenían el mismo diagnóstico desde primer grado porque una vez en ese momento alguien lo hizo. Pasaron mil años y podías ver cuestiones favorables de ese niño, pero ese diagnóstico pesaba más, y siguen diciendo, te invento, “disléxico”. Entonces la cuestión del diagnóstico es pensar ¿quién lo va a leer? y ¿para qué se va a usar? entonces yo con el diagnóstico nunca fui partidaria, es más, siempre pongo los diagnósticos en duda. ¿y quién diagnosticó esto? ¿desde cuándo? Vos después entrevistas y no es tan así pero la gente tiende a diagnosticar rápidamente y decir cosas tremendas de un niño o un adolescente.

Entrevistadora: parece que es lo único que se puede decir. Tiene más valor lo médico.

C: totalmente, porque hay algo del discurso médico-hegemónico que nos guste o no, en mi caso no me gusta, que sigue operando desde las sombras. Entonces algo que es tan obturante para la persona sigue teniendo efectos. En mi trabajo actual se ve mucho, y estos diagnósticos incapacitan a las personas, esos diagnósticos no te dejan hacer nada. Y resulta que lo que se ve observando es que hay gente que ha logrado una autonomía tremenda más allá del diagnóstico inicial. El diagnóstico te decía que perdías la capacidad, ahora hay una revisión. Qué función tiene el diagnóstico y los efectos que tiene en la vida de las personas. Recién ahora hay lugares donde se da más valor a la palabra del psicólogo o del psicopedagogo pero sigue considerándose mucho más el cuerpo médico.

Entrevistadora: bueno, muchas gracias, se pudo ir charlando un poco de todo

C: no, gracias a vos y espero que te sirva para seguir pensando.

Entrevista D:

Trabaja haciendo consultorio y clínica particular en la ciudad de Viedma, Río Negro, hace casi 20 años.

Entrevistadora: bueno, en principio eso, qué consideras sobre la época actual

D: ¿en el caso de que ya viene con un diagnóstico dado como el de hiperactividad?

Entrevistadora: claro, quizás no diagnosticado desde lo médico pero sí que aparezca en lo que traen los padres en su discurso o muchas veces la escuela

D: bien, si, es mucho más común que lo que me gustaría que sea, me voy a hacer cargo de eso. En general la hiperactividad hoy se habla en el lenguaje común, se habla de hiperactividad en niños como de angustia en los adolescentes. En las escuelas no hay un diagnóstico dado pero sí se animan a decir “es un poco hiperactivo”, eso está, es una moneda común, al hablar de hiperactividad lo toman como muy liviano y es un diagnóstico. Que un chico tenga ganas de jugar, no tenga ganas de estar en el aula, se levante de donde está no implica si o si que hablemos de hiperactividad pero sí parece que se lo toma así. Después vienen las familias con esto, porque el pediatra les dijo que es hiperactivo, y “debe ser verdad porque está todo el día mirando la tele y cuando yo lo mando a jugar no puede quedarse jugando mucho tiempo” cosas así, como el diagnóstico está dado de hecho por la familia, no es que viene un neurólogo a decirme que el chico es hiperactivo, eso no me estaría pasando digo, porque capáz en algún momento sonaba como mala palabra, como en alguna época era la homosexualidad por decir, la hiperactividad era como “uy”, hoy no es tan así. Así que sí, en general las listas de espera que tiene el secretario, que es muy cuidadoso, aparece como pedidos por angustia, hiperactividad, cuestiones judiciales, abusos. pero la hiperactividad está como muy marcado para niños eh, yo no he visto un pedido de hiperactividad en adolescentes hasta ahora.

Entrevistadora: sos la primera persona que me hace esa distinción, ¿crees que es por algo en particular?

D: esta muy relacionado a la infancia en general, a ver, uno podría decir que la infancia abarca lo que sería la preadolescencia, si eso mismo lo trasladas a un preadolescente no?

no hace las tareas, se levanta y viene, deja una cosa, no la termina y sigue con otra, pero no, lo diferencian por lo menos a mi, no suelen llegar adolescentes con ese pedido sino niños y niñas, y normalmente llegan en niños pequeños, muy pequeños por ejemplo 2 años hasta 9 años por ejemplo.

Entrevistadora: muy pequeños 2 años, que fuerte

D: si si, pedidos de hiperactividad o preocupados por ejemplo por si se está tratando de una psicosis, yo a eso nada, “vamos a ver, es muy pequeño, no podemos hablar de eso todavía” pero bueno si, el tema de los diagnósticos me impacta bastante. En algunos casos si es necesario ir construyendo, dando un diagnóstico, en todos estos años en particular no me ha tocado dar ese diagnóstico y mira que he trabajado con neurólogo y pediatra y jamás se ha dado medicación por eso. Sí en adolescentes se ha llegado a dar medicación en situaciones complicadas como desbordes, mucha angustia, cortes, abusos, pero cuestiones muy marcadas y verlo en conjunto con los psiquiatras, anorexias o bulimias nerviosas, pero sino niños con ese diagnóstico, que digan que es hiperactivo no he compartido que lo hayan medicado, no me ha pasado.

Entrevistadora: ¿crees que hoy en día aparece este problema de la patologización?

D: si, me parece que se usa más de lo que se debería usar, se está usando, normalizando. Las familias lo usan, si. Las familias no tienen ninguna dificultad, está bueno que los chicos te puedan decir que estaban tristes o angustiados, está maravilloso que ellos te lo puedan decir. Si, se utiliza un lenguaje que antes de la pandemia yo no lo notaba tan fuerte como ahora. Por un lado está piola no tenerle miedo a los diagnósticos, que circule la palabra y no sea tan terrible, pero como todo es cómo se usa, para qué.

Entrevistadora: ¿Qué podrías decir de la clínica psicopedagógica, como lo pensas vos?

D: es una clínica donde uno trabaja desde, por lo general uno busca este espacio, me hago cargo de este espacio, buscan desde el malestar, desde ese lugar, es una clínica que se relaciona con el malestar, la angustia, la queja, de lo imposible que nos sucede a todos, lo interesante es que cada vez se consulta más y lo interesante, a ver esto siempre caso por caso, es que hay más consulta de los adultos. Hace ya un tiempo que hago un

consultorio, y siento que cada vez se consulta más por los niños y cada vez más pequeños. Por un lado uno dice puede ser peligroso, pero por otro lado está bueno porque es preventivo también, si hay una sospecha por ejemplo en el jardín te los envían por conductas o algo que ellos notan “no miran”, bueno, uno puede trabajar cuestiones muy interesantes. Pero en general uno trabaja con el malestar.

Entrevistadora: ahí vos como psicopedagoga cómo te posicionas ante ese malestar?

D: yo siempre, desde mi orientación clínica psicoanalítica, el aprender es sumamente importante. De dónde aprendió esos hábitos, de donde no los aprendió, quién se los enseñó, quiénes son los adultos responsables. Todo el contexto en realidad trabajo, si tengo que citar a la abuela, al tío, al hermano digo depende en cada situación particular, si tengo que ir a la escuela voy a la escuela, si tengo que hacer un informe prefiero ir a hablar a la escuela, posibilitar eso, mi clínica no es sin otros. Si o si es con otros, con ese paciente en particular, así que el aprendizaje como lo veo es constante, tanto por el aprender como por el no aprender, porque también está llegando hace un tiempo “mi hijo está obsesionado por terminar todo en la escuela, aprender todo, hacer todo” bueno interesante, porque ya no pasa por la falencia sino por el exceso ¿no? bueno, ¿qué le pasa a ese que le va todo bien? bueno, esa mirada que está surgiendo que antes no pasaba. Igual el contexto es muy complejo, lo socio-económico, las infancias son las primeras que son afectadas, pero bueno. Tengo pacientes que los traen, que se manejan en cole, que vienen caminando solos o se van, se hacen cargo de su espacio, en algún punto la poca presencia del adulto también, no sé si es algo de la época. Uno busca referentes cuando no los hay, donde el paciente tiene su referente, no sé, la preceptora, algo de eso que posibilita, porque capáz en la casa no hay nadie que le diga que vaya a la escuela. Acá llegan muchas urgencias también, mucho desborde.

Entrevistadora: ¿cómo pensás el trabajo con las familias? en esto de ir más allá de los padres

D: si si, busco, busco recursos, hermanos mayores o si tengo que ir a la escuela, porque por ahí la familia no está. Si es importante, algún referente. Por eso el trabajo de transferencia es con todos, más con los pequeños, el adulto no viene, tenés que hacer un trabajo largo.

Entrevistadora: ¿pensás también un trabajo con esos adultos referentes más allá del niño?

D: sí, yo tengo entrevistas, el espacio con mis pacientes y me ha pasado de tener espacios regulares con los padres, como para hacer el encuadre de las entrevistas. Claro que es cada paciente en particular.

Entrevistadora: ¿te ha pasado en alguna ocasión trabajar quizás más con los padres, o esos adultos, que con el niño por el que se consultaba?

D: si si si, totalmente, y no tiene que ver con el niño.

Entrevistadora: a veces quizás es algo que presenta el niño y se sigue con los padres, es interesante

D: si si, es interesante

Entrevistadora: ¿consideras que es algo particular de la clínica psicopedagógica o la posición que uno asume como profesional?

D. creo que tiene que ver con una posición ética, porque en algún punto uno tiene que quedarse hablando un ratito con el adulto que consulta, más allá de ser psicopedagoga es algo ético escuchar ese discurso...

Entrevistadora: claro, pienso que uno podría quedarse solo con el trabajo con el niño pero esto otro implica un esfuerzo, si se quiere, de encontrarse con los otros que son significativos para el niño ¿no?

D: total, yo salí de la universidad con una idea, de que era el niño o la niña muy enfocado en eso, y me encontré con otra realidad, más allá de la formación y que uno se sigue especializando en una orientación que le interese, la práctica es otra cosa, me parece que hay que correrse un poco, el encuadre es necesario pero hay que escuchar lo que tiene para decir. Quiere invitar al primo, bueno, o da para ir a jugar a la pelota

afuera y bueno, vamos. Uno tiene que estar preparado para eso, Creo que la clínica implica estar a disposición, es agotador en ese punto, no todos atienden niños, cada vez tengo menos gente para derivar (risas) que se dedican sólo a adultos, que no digo que sea sencillo eh, pero con los niños es otro trabajo.

Entrevistadora: hay mucho del cuerpo en el trabajo con niños...

D: si, yo también atiendo adultos, adolescentes, me consultan mucho no sólo por niños, quizás en principio vienen para consultar por el niño y luego ingresan ellos como pacientes, no quedan como padres sino como sujetos. Acá en este lugar por ahí si es más niños. Pero bueno, es otra cosa, es una elección, como todo.

Entrevistadora: claro, y esto en relación a lo que traías hace un rato de la posición que uno asume ¿no?

D: total, si, a veces no sé, el niño está enfermo o tiene una cuestión crónica, y uno tiene que ver qué hace, el análisis propio y la supervisión son constantes, ya lo decía Freud, son patas necesarias para navegar. Pero a mi me ha implicado ir hasta las casas de los pacientes o por ejemplo acompañar a la kinesióloga en alguna cuestión puntual con ese paciente, hay que salir del consultorio, por lo menos la clínica psicopedagógica como yo la pienso hay que salir del consultorio.

Entrevistadora: si, perfecto. y ¿cómo pensás la construcción del diagnóstico? ¿qué tomás en cuenta? ¿cómo te posicionas o qué lugar le das vos a esa construcción?

D: aja, mirá, bueno hace poco tuve que dar un diagnóstico en conjunto con el neurólogo y el pediatra, eso implicó un certificado, a mi no me fue fácil. Lo que les decía a ellos es “yo veía perfilar esto” ¿no? pero más allá de eso lo interesante es que es por un tiempo, no está determinado como antes, es por un tiempo pero hay que seguir trabajando. Lo importante es qué hacemos con eso, una vez que ya está dado, es cómo laburamos con eso, qué le ofrecemos al niño y a la familia. Por ejemplo en un diagnóstico de autismo, se veían cuestiones ¿no? por eso digo encontrar un equipo piola, el neurólogo me dijo algo interesante “es que tampoco encaja del todo en ese diagnóstico” y yo le dije “y no, es que no” porque estamos hablando de fulanito y no lo podemos hacer encajar.

Entonces hay cosas que él va a ir superando que eso es lo que nosotros tenemos que ponernos como meta, entonces el diagnóstico en este punto fue importante pero no son determinantes. Pero para llegar a eso soy bastante exhaustiva, analizando todo el panorama, siempre con un acompañamiento a la familia y para qué lo ayuda esto. El diagnóstico en sí yo creo que no nos sirve a nosotros, el tema es cómo lo laburamos a eso, qué hacemos con eso. Hay que ser muy cuidadosos, muy respetuosos.

Entrevistadora: me quedé pensado en esto que decías de construir el diagnóstico con otros profesionales, pero vos sola, ¿llegas a construir un diagnóstico para pensar el caso?

D: y a veces algunas cuestiones que tienen que ver con el DSM IV para tomar alguna cuestión del aprendizaje, si necesitamos eso para que esa persona tenga cierto beneficio, bueno vemos, pero yo lo charlo con la familia porque bueno, eso es una marca que uno hace que queda en los informes por ejemplo. En qué nos sirve el diagnóstico, qué cuestiones objetivas se están jugando, a veces hay detonantes en sí, en función de eso de qué estamos hablando

Entrevistadora: ¿surge el pedido por el diagnóstico por parte de la escuela o la familia?

D: vos sabes que cada vez menos, ahora que me pongo a pensar. También con los psiquiatras a veces hay un pedido en relación a una angustia, de tomar unos ansiolíticos, pero bueno, uno trabaja con gente piola. Pero creo que no, no me piden, tampoco me hago drama ya a esta altura. Yo trabajo *aquí no se comprende bien* paciente.

Entrevistadora: ¿con el paciente o ser paciente? perdón

D: bueno, un poco de las dos cosas...

Entrevistadora: bueno, bien, para ir cerrando un poco, qué podrías decirme vos de la hiperactividad

D: bueno es complicado eh, tendría que pensarlo con algún paciente creo. Pero por ejemplo los nenes de jardín, no se quedan quietos, dicen que llegan hiperactivos, y yo

no veo eso. No me estaría sucediendo lo de la hiperactividad, así que no, así como tal no, si capaz alguna situación donde empiezan un juego y no pueden terminarlo pero no sé si necesariamente eso es hiperactividad. Yo no diría que es hiperactivo, entiendo que con otros quizás, acá están solos, su manejo del cuerpo y su tranquilidad es distinta. Te puedo definirla según el libro pero yo lo pienso desde mis pacientes.

Entrevistadora: vos lo traes como “acá solo” pero en la escuela por ejemplo, a veces es cómo lo lee el otro adulto

D: sí, yo igual cuando me reúno con ETAP o docentes por un paciente que ellos se quedan preocupados, trato de dar una escucha a ellos, en qué te puedo yo facilitar, o acompañar. Más que el informe me interesa ir, por eso capaz hoy no tengo la gran cantidad de pacientes porque siempre intento ir, trabajar con el otro, porque hay situaciones desbordadas. También conocer la mirada de la docente, qué pasa con ellos, si hay algo de la familia, bueno, hay un montón de cuestiones que generan esa situación y después el real agotamiento eh, ser docente en la actualidad es un laburazo y más de niños pequeños, entonces hay que ser respetuoso de su trabajo e ir y compartir con ellos, facilitar mi teléfono y quedarnos en reunirnos. Y algo de eso creo que se pone en marcha, por eso insisto en esto, hay que salir del consultorio, ponerse a disposición, porque después también es algo que comunicamos a la familia, suma a la transferencia. Trabajar con todas las partes que hacen al niño, si, tiene efectos.

Entrevistadora: Bueno, creo que sería todo, muchas gracias.

D: no, gracias a vos y espero algo de todo esto te sirva (risas)

Entrevistado E:

Trabajó hasta Diciembre del 2022 realizando clínica particular con niños y niñas en la ciudad de Viedma, Río Negro.

Entrevistadora: bueno, te cuento un poco en lo que vengo pensando, nosotras nos habíamos reunido hacía un tiempo cuando empecé con esta propuesta de trabajo, ahora está más delimitado porque mi interés radica en cómo influye la época actual en la

construcción de los diagnósticos, en particular el de hiperactividad. En primer lugar sería eso, ¿cómo pensás vos la época actual?

E: qué pregunta difícil, digo por la amplitud en realidad, ¿en relación a la clínica con niños o en general?

Entrevistadora: respecto a la clínica con niños y niñas, si consideras que hay algunas cuestiones que influyen de la época en ese trabajo

E: sí sí, lo creo, creo que estamos en una época bastante compleja en lo que refiere a los diagnósticos de niños y niñas. Siempre hago una distinción ahí porque suele decirse que las psicopedagogas que trabajamos desde el psicoanálisis no diagnosticamos y en realidad sí lo hacemos pero el tipo de diagnóstico que hacemos son estructurales, no son diagnósticos cerrados, nombrados, del DSM V. Y justamente actualmente estamos en una época que está actuando con una vertiginosidad preocupante, que actúa a modo de masa, en las infancias y adolescencias. Todo aquello que se corre de lo que la sociedad en general y la institución educativa en particular se corre de lo que es “normal” es sentenciado a algún diagnóstico del DSM V. Yo en su momento te comenté del libro de Gisela Untoiglich pero en particular hay un capítulo que yo he trabajado en más de una oportunidad porque marca algunas coordenadas que vos preguntas, que él denomina como “mitos y promesas” que operan hoy en la consolidación de determinados diagnósticos como por ejemplo, aparentemente tenemos que tener respuesta para todo, tenemos que prometer un tratamiento exitoso, tenemos que anticiparnos o prever determinadas situaciones que no son planificables, tenemos que tener un conocimiento certero, qué va a pasar, cuándo, la rapidez, esto de que parece que somos impenetrables, me parece que son coordenadas propias de la época actual. Pero además, se suma algo que me preocupa bastante es después de la pandemia esto se habilitó, porque los niños y niñas, la situación era que se incorporaron al sistema educativo después de estar dos años o más en sus casas teniendo vínculo solamente con los miembros de la familia y de pronto esperamos que ellos socialicen de una manera que la sociedad considera adecuada cuando en realidad no tuvieron posibilidad previa de ir ensayando ese tipo de lazo.

Entrevistadora: en relación a ese libro, me parece muy interesante en consonancia con Gabriela dueñas y otros autores en relación a la patologización, qué se pide, qué se da como respuesta rápida a esa demanda. ¿Crees que eso influye también?

E. si, eso influye definitivamente y hay que pensar de dónde viene, no podemos desconocer que viene de una industria. No es que un día nos levantamos y existe la patologización de niños y niñas sino que hay detrás de eso todo un sistema que lo avala. De hecho lo que a vos te interesa que es la hiperactividad, es un trastorno, lo traigo así porque así aparece, que se medica. Y algunos neurólogos tienen la decencia y la dignidad de no hacerlo con niños muy pequeños y a otros no les interesa, medican porque eso garantiza que el niño o niña esté callado en el aula, pero vos y yo sabemos que eso es obturador de aprendizajes.

Entrevistadora: totalmente, en ese sentido ¿cómo pensás vos la clínica psicopedagógica?

E: bueno, también es amplio pero a ver, intento dentro de lo posible, sobre todo cuando advierto que las familias ya vienen con una idea de lo que pasa, de poner en suspenso, inclusive he tenido intervenciones un poco jugadas de decir “bueno todo esto que ustedes dicen que tiene no es” ¿no? porque además estoy recibiendo familias con un grado de angustia estremecedora porque vienen acongojados porque desde la escuela las docentes se aventuran en algún diagnóstico y se lo manifiestan directamente a las familias, “tiene que ir a una psicopedagoga porque tiene TEA o tiene dislexia” ¿no? que es algo hasta denunciado, terrible que las escuelas hagan eso. Así que en principio trato de poner un manto de duda, sostener la angustia, muchas veces me pasa que las familias son ellos y ellas los que están inquietos y que quizás el niño o niña no se perturba. La clínica con niños hoy, al menos eso veo yo, es una clínica que está dirigida al sostén de los adultos, me parece eso en principio. Por supuesto que siempre trabajando desde el psicoanálisis, desplazando aquellos discursos que no hablan del sujeto.

Entrevistadora: En ese sentido, ¿el trabajo con padres o los adultos consultantes es fundamental?

E: si, es fundamental, y me atrevería a decir que si hay algún psicopedagogo o psicopedagoga que no esté trabajando con padres y madres está haciendo cualquier cosa

menos psicopedagogía. Yo siempre digo que la atención de un niño conlleva la atención de múltiples perspectivas porque yo trabajo con la escuela, con el padre, con la madre, con el fonoaudiólogo entonces tenés que estar como con una mirada muy amplia, no podés trabajar únicamente con el niño. Es más, los diagnósticos que hago cuando me toca escribirlos en un informe los hago contemplado esta multidimensionalidad, y siempre aclaro esto “este diagnóstico es algo que va para la escuela, para la familia, para la pediatra, para el neurólogo” no solamente “fulanito tiene TDAH” sino que es la trama.

Entrevistadora: claro, ¿qué es lo que se sostiene en la clínica, no? más allá del niño. ¿Allí podés decir algo de la transferencia de todas esas partes?

E: si, super importante. Me ha pasado en muchísimos casos. A veces la transferencia se sostiene con una parte pero es importante para poder seguir trabajando con el niño. Después hay de todo, fundamentalmente con las familias, me ha pasado de tener diferencias irreconciliables con el neurólogo, por ejemplo, y transmitir esto a las familias de “yo no comparto esa opinión”, “son distintas perspectivas profesionales” y ellos seguirán la indicación, admitiendo la opinión del neurólogo y están en todo su derecho.

Entrevistadora: ¿vos qué concepción tenés del niño, de la niña?

E: no los pienso... te puedo decir como no los pienso. Me cuesta mucho pensar en el niño, la niña, porque la pluralidad en este punto aloja la singularidad. Cuando hablamos de infancia podemos ir advirtiendo que en función del contexto del que formen parte, la familia, como fueron nombrados, los recursos materiales y simbólicos, que tiene que ver con todas esas cuestiones. Pero además no lo pienso en términos evolutivos, con esto me refiero a que no llegan los 12 años y pasan a ser adolescentes según la escala evolutiva, de hecho trabajo con algún que otro paciente adolescente y bueno, el juego sigue siendo la herramienta fundamental que tengo con ellos para comunicarse e instalar la transferencia, otro tipo de propuestas lúdicas por supuesto, y después cómo podría pensar a los niños y niñas hoy, quizás suena duro, pero como objeto directo de la mercantilización, con muy pocas posibilidades de que les brinden tiempo, les estamos privando del tiempo, del juego, estamos intentando acelerar permanentemente los

procesos evolutivos. Sé que hay personas que hacemos el intento de contrarrestar eso pero en general los adultos no les prestamos tiempo y los ubicamos en un lugar de imposibilidad que va a ser muy difícil de contrarrestar a esos efectos.

Entrevistadora: pensaba en qué lugar le da la época actual a las infancias en ese sentido, en esto del sin tiempo.

E: Si claro, te cuento una anécdota, el día del psicopedagogo que fue este domingo que pasó el colegio me envió una poesía con una frase que me dejó impactada “yo soy un niño que necesita cambiar” y no, la psicopedagogía no trabaja para que los niños cambien, la psicopedagogía trabaja para que los niños puedan habitar esos espacios sin tener que amoldarse a las estructuras que el capitalismo pretende, la psicopedagogía debería trabajar para que el sistema educativo se adapte a esos niños, a la diversidad.

Entrevistadora: bien, bueno, en relación a lo anterior poder preguntarse si hoy se aloja a los niños y niñas, qué posición están teniendo los psicopedagogos que hacen clínica, en relación a las demandas actuales.

E: sí, sí, y en algunas oportunidades las posiciones que intentan desligarse de los discursos de la ciencia moderna, o de la homogeneización, somos considerados como “no sabes de lo que estás hablando” me ví en muchas oportunidades teniendo que aclarar “yo no hago esto de forma improvisada” elijo no tomarle test que los ubiquen en lugares que sea difícil de moverlos, podría medirle el coeficiente intelectual pero yo elijo no ubicarme ahí. Eso es un posicionamiento ético y político. La otra vez me preguntaba una neuróloga cuáles técnicas utilizaba yo para evaluar si una niña tiene o no tiene dislexia, y yo le dije “la técnica fundamental que yo utilizo es la lúdica, no voy a aplicar un test” y para ellos es sorprendente porque dicen ¿te la pasas jugando? y bueno, en el juego uno escucha, interviene, ocurren cosas ¿no?.

Entrevistadora ¿podrías ampliar un poco más sobre las intervenciones, tanto con el niño como con su familia?

E: las intervenciones se van ajustando a la demanda de cada niño/niña y su familia. Depende del caso por caso, pero por ejemplo tener presente quién pide que al niño o

niña se le aplique un test o técnica, de dónde viene esa demanda, a veces poner un manto, una pausa a eso es necesario. Plantear el modo en que yo trabajo, así o así, con el niño/niña, que eso lleva un tiempo, a veces brindo mi número de teléfono cuando los padres vienen muy angustiados para que me llamen cuando necesiten, a veces estás fin de semana o a la noche hablando por teléfono. Después con la escuela a veces hay intervenciones muy duras, dependiendo el caso, en un caso tuve que traer la ley, marcando cuestiones que son denunciables, tuve una reunión de una hora y media, siendo muy taxativa. Con los niños/niñas con las propuestas lúdicas se van trabajando algunas dificultades, por ejemplo la autonomía. La cuestión escolar, sin que sea una presión del orden “te estoy evaluando” pero ir viendo.

Entrevistadora: hay casos donde los padres se quedan muy tomados por discursos del médico o de la escuela

E: si, en algunos casos si, a veces operan mucho más esos discursos. En un caso un papá me dijo “vamos a seguir consultando hasta que alguien nos diga que no tiene nada”, yo les había dicho hace mucho tiempo que su hijo no tenía nada, entonces ¿quién busca el diagnóstico?, ellos tenían que apropiarse de ese interrogante.

Entrevistadora: ¿vos cómo pensás la construcción del diagnóstico? ¿trabajas con algunas coordenadas en particular?

E. si, a ver, para mi es fundamental ubicarse primero en las operatorias psíquicas por las que está atravesando ese niño o esa niña, en qué instancia de la constitución subjetiva está. En ocasiones me ha tocado escribir, por ejemplo, este niño se encuentra transitando por la constitución del Yo y lo voy argumentado si cabe, dependiendo para quién es el informe, en esos casos va variando el contenido. Pero si cabe voy con qué juegos o qué cuestiones observo yo que me indican que se encuentra transitando esa instancia psíquica. Y siempre la transición diagnóstica no sólo con lo que el niño o niña trae sino también con lo que la familia trae, la historización de ese niño/a porque todo lo que el niño/a ha transitado en su infancia tiene efectos, repercute, en lo que hoy acontece, la escuela. Por ejemplo en algunos casos he hecho informes donde cito a Gisela Untoiglich respecto al diagnóstico y su armado y su flexibilidad, cómo opera no sólo lo que el niño trae sino lo que los actores alrededor van diciendo o no van diciendo. Me cuesta igual,

tengo que admitir que cada vez que tengo que sentarme a escribir un informe y expresar un diagnóstico estoy días y días porque siempre temo que algo de lo que yo transmita sentencie a ese niño.

Entrevistadora: en esos casos la construcción del diagnóstico se piensa mucho en el para qué o para quién, ¿no?

E: bueno si, todo eso me hace pensar, una paciente que tenía que iba de especialista en especialista, muchos diagnósticos, empiezo a trabajar con su madre y ella, en determinado punto cuando el tratamiento estaba finalizando la niña me dice “y al final qué tengo?” eso me dejó pensando, me quedé atónita porque esta chica había transitado todo tipo de especialistas y nadie le había dicho nada, la familia tampoco, entonces la construcción diagnóstica ahí fue decirle “bueno, vos qué pensás que te pasa?” como era preadolescente pudimos tener un intercambio verbal fluido, entonces construí el diagnóstico con ella. Ella decía “creo que me pasa esto y lo otro”, le dije “bueno, de todo esto con lo que vos llegaste, opté por lo menos peor” que en su caso fue el diagnóstico de hiperactividad, que en su caso fue la posibilidad de que se abrieran otras posibilidades en relación a todo con lo que había llegado. Fue la única vez que utilicé el DSM, pero éticamente, en ese caso, era lo menos peor para ella.

Entrevistadora: claro, un caso donde pensaban mucho más los diagnósticos que la niña

E: sí, fue muy fuerte para mí escucharla decir eso, porque ni siquiera yo pude responderle. Tampoco sé si hice mal, porque eso la habilitó a ella a preguntarse algo de eso, pero lo interesante de la construcción del diagnóstico con el paciente es que te permite traer todas esas cuestiones en relación a quiénes no estábamos poniendo atención ¿no? la escuela, la familia, los adultos en general, me incluyo, fue un llamado de atención.

Entrevistadora: totalmente, me remite a lo que conversábamos respecto a cómo alojamos a los niños en la época actual

E: si, si totalmente, es complicado el panorama. No me atrevo a hablar de adultocentrismo, pero sí que los adultos y adultas siempre tenemos las respuestas y los niños y niñas no saben lo suficiente y tienen que pegarse a lo que nosotros decimos.

Entrevistadora: ¿qué lugar se le da a los padres en el trabajo con niños y niñas en la clínica?

E: si, muchos padres y madres parecen no venir con un saber sobre el ser padres o madres y los psicopedagogos/as somos placebo en esas situaciones., Vienen y te dicen “vos decime qué hacer y yo lo hago” (risas) y en realidad no funciona así, una está para acompañar un proceso, algo que se devuelve a los padres, yo no te puedo decir qué tenés que hacer. Bueno eso es un rasgo me parece de la época, el corrimiento de las funciones y me parece que tiene que ver con esto que denominamos “infancia respetada”, ¿cómo? creer que los chicos y chicas tienen que hacer lo que quieran es violentísimo, la infancia respetada no implica no poner límites ni dejar que hagan lo que quieran y bueno, aparece ese sesgo en las familias de hoy.

Entrevistadora: si, escuchandote a vos y a otras, esto de la crianza respetuosa, ¿qué riesgos encontramos allí?

E: si, es muy complicado, yo recuerdo de situaciones donde tenía que morderme los labios para no intervenir, “fulanito baja de ahí” diez veces, hasta que fulanito se cayó y se hizo bolsa. Bueno, hay que intervenir ahí, porque eso repercute en la escuela, en otros espacios.

Entrevistadora: bueno, creo que ya podemos ir cerrando, me gustaría que pudieras ampliar un poco más en tu perspectiva qué es la hiperactividad

E: bueno, me parece que es una forma muy explícita de plantear que queremos niños y niñas dóciles, quietos, maleables, amoldables, adaptables, para la sociedad de consumo. Me parece que es una manera de mantener un ejército bien entrenado para el mundo productivo, que no molesten, que no hagan preguntas que nos angustien, que fueron buscando la forma de mantenerlos en lo esperable mediante el diagnóstico y la medicación. A veces aparece también como hiperkinético. Lo que incomoda es que el

niño sea niño. Que los niños jueguen es un muy buen síntoma, no es algo para que se preocupen, bueno. Aparecen indicadores que vos decís, todos y todas en algún momento si nos guiamos por eso seríamos hiperactivos. En general el diagnóstico viene anudado a la desatención, por ejemplo el otro día una docente me decía muy preocupada “es que fulanita pierde sus cosas” y si, los niños y niñas pierden las cosas, constantemente, no puede ser eso un indicador del diagnóstico.

Entrevistadora: ¿crees que hoy en día hay mucha difusión de todo esto?

E: sí total, en google, en instagram, facebook, los autodiagnósticos. Es muy fácil encontrarte con eso, los indicadores sólo ven datos universales, los observables, entonces es muy rápido ese diagnóstico. Y bueno si el niño no está prestando atención en la escuela, ¿dónde está su atención? eso tenemos que preguntarnos, porque luego buscamos un poco y vemos conflictivas familiares muy complejas, abusos, duelos, digo, una serie de cuestiones.

Entrevistadora. claro, no es que el niño no está atento sino que su atención se vuelva a otro lado

E: total, yo hoy le digo a las familias que duden del término de desatención porque hoy en día los chicos se encuentran haciendo muchas cosas al mismo tiempo y ponen su atención en muchas cosas. Los chicos perciben, no necesariamente que escuchan, pero sí se van dando cuenta de cosas.

Entrevistadora: bueno, perfecto, creo que con eso sería todo.

E: bueno Luciana, bien, espero que algo de todo esto te sirva para tu trabajo y quedo a disposición.

Entrevistadora: bueno, muchas gracias.