



Universidad del Bío – Bío
Facultad de Educación y Humanidades
Escuela de Psicología



EXPERIENCIAS DE PSICÓLOGOS/AS EN EL TRABAJO CON NIÑOS/AS DIAGNOSTICADOS/AS CON DÉFICIT ATENCIONAL.

Memoria para optar al título profesional de Psicólogo.

Autor: Bastián Gutiérrez Jara.

Profesor Guía: Carlos Ossa Cornejo.

Chillán, 2015.

Dedicatoria.

“A todas aquellas personas que de una u otra forma han estado ahí, entregándome energías y fuerzas para lograr mis anhelos, en especial a mi familia, amigos/as y profesor guía... para ellos/as mis más sinceros agradecimientos”.

ÍNDICE.

I. INTRODUCCIÓN	5
II. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA	7
II.1. Planteamiento del Problema	8
II.2. Justificación	10
II.3. Preguntas de Investigación primaria y secundarias.....	12
II.4. Objetivos General y Específicos	12
III. MARCO REFERENCIAL	14
III.1. Antecedentes Teóricos	15
III.2. Antecedentes Empíricos	21
III.3. Marco Epistemológico / Reflexividad	22
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	25
IV.1. Metodología, Diseño y Método	26
IV.2. Técnicas de Recolección de datos	27
IV.3. Participantes.....	28
IV.4. Análisis de datos	29
IV.5. Criterios de calidad	29
IV.6. Aspectos Éticos	30
V. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	32
VI. DISCUSION DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES	65
VII. REFERENCIAS	76
VIII. ANEXOS	81

Introducción.

Estudios acerca del Trastorno por Déficit Atencional (TDAH), dan cuenta de una incidencia cercana al 3%, donde la población infantil en edad escolar diagnosticada con TDAH podría incluso presentar de un 5 a un 12% dependiendo de cada país (Vega, 2007). Otros autores plantean que el TDAH afectaría de un 5 a un 10% de la población mundial en edad escolar (Faraone et al. 2003).

En una breve definición, la Asociación Americana de Psiquiatría (2002), delimita el fenómeno como un patrón comportamental persistente, tanto de inatención como hiperactividad/impulsividad, significativamente superior en comparación a lo observado en las personas de un mismo grupo etario.

Por otro lado, Vega (2007), se refiere a los enfoques teóricos, que utilizarían en la actualidad psicólogos/as al momento de intervenir, ya sea en el área educacional o clínica. Estos transitan entre las intervenciones de tipo combinada, donde la perspectiva cognitiva – conductual, el refuerzo psicopedagógico y la medicación constituyen ejes principales para el trabajo individualizado con estos niños/as, sus familias y establecimientos educacionales, como también entre la utilización de diversas técnicas provenientes de la cultura oriental, como tratamiento complementario.

El presente estudio busca explorar las experiencias de psicólogos/as con el TDAH, a través de los relatos que se obtuvieron de los/as participantes. Desde un enfoque cualitativo, se hará una revisión crítica de las prácticas psicológicas en relación al Trastorno por Déficit Atencional, como también los significados y actitudes que Psicólogos/as reportan actualmente, con el objetivo de crear información reflexiva para propiciar nuevas experiencias en el trabajo educativo y clínico (Vega, 2007).

Es por lo mencionado anteriormente, que se considera relevante investigar con una metodología cualitativa, debido a que permite explorar las subjetividades de los/as participantes, como también explicitar el contenido que se produce a partir de este proceso, entregando la posibilidad de ir más allá de la información denotativa y de esta manera dar relevancia a aquello que no se percibe a través del lenguaje cotidiano, pero sí,

a partir de la experiencia subjetiva. La reunión y contraste de subjetividades en relación a este tema que podría ser común entre quienes participan de esta investigación, permitirá el abordaje de este fenómeno en profundidad, además de generar una reflexión y abordaje crítico de la experiencia de Psicólogos/as en el trabajo con niños/as diagnosticados/as con Déficit Atencional (Montenegro, 2005).

Para esto, se define el objeto de estudio desde dos perspectivas principalmente, estas son el Enfoque Psiquiátrico y el Enfoque Educacional, que aportan una definición conceptual distinta, como también una línea diferente de abordaje. Por otro lado, se integran al marco teórico el concepto de Medicación e Intervención Psicológica, que permite hacer más comprensible el posicionamiento que toma esta memoria de título.

Además de esto, se puede encontrar la propuesta referente al Marco Metodológico, el cual tiene un enfoque Cualitativo, con un método Narrativo – Biográfico y un diseño de investigación denominado Diamante o Rombo. Respecto a la población se ha considerado pertinente trabajar con Psicólogos/as que ejerzan esta profesión actualmente en el área clínica y educacional, debido a que su desempeño profesional se relacionaría directamente con usuarios/as que han sido diagnosticados/a, es por esto que se establece que son ellos/as quienes podrían dar cuenta de vivencias, experiencias, percepciones y significados acerca de la temática que se plantea.

II. Presentación del Problema.

1. Planteamiento del Problema.

Los diagnósticos médicos funcionan como prácticas discursivas hegemónicas, debido al poder que ejercen sobre las personas, organizando la normalidad de los cuerpos, ordenándolos, para que no exista confusión respecto a lo que debe ser y lo que no (Foucault, 2006, p. 165).

De acuerdo a lo que plantea Roizblatt (2003), el Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad (TDAH) sería uno de los diagnósticos psiquiátricos más comunes de la infancia, con una prevalencia estimada de un 3 a 7%. Además en Chile, Toledo y Cols (1997), realizaron un estudio de campo, específicamente en niños/as de primer año de enseñanza básica del área occidente de Santiago, encontrando una prevalencia para el TDAH de un 6,2%.

Respecto a la etiología del TDAH, Mas (2009), refiere que habría un acuerdo generalizado respecto a que el síndrome tendría orígenes neurobiológicos, ya que habría un desarrollo deficitario en aquellos mecanismos que regulan la atención, la reflexividad y la actividad. Sin embargo, plantea que el TDAH sería conocido desde el siglo XIX, pero no sería hasta los años 70 que se caracterizaría como una patología. De esta forma se ha individualizado la discusión, parcializando el debate, atribuyendo estas dificultades a los/as usuarios/as diagnosticados/as, en lugar de preguntarse por el contexto que requiere de ciertas “conductas deseables” de manera arbitraria.

Además, se encuentran controversias en los estudios actuales acerca del TDAH, ya que por una parte se asegura que existe un origen neurobiológico, pero también se propone que podría corresponder con un desorden del constructo social, posiblemente debido a la carencia de límites y normas en la escuela y familia, como también a los refuerzos y castigos ejecutados de forma ineficaz. En definitiva, se trataría más bien de las expectativas del entorno, el que esperaría de las personas una adaptación a las normas sociales (Etchepareborda, 2009).

Por su parte, el Ministerio de Educación (2005) ha desarrollado un manual para docentes de enseñanza básica, donde se expone el diagnóstico y un intento de ofrecer “pautas o

tips”, señalando que estos/as estudiantes serían inquietos/as y con dificultades para seguir el ritmo de la clase, importunando a sus pares y quedando algunos/as rezagados/as en sus aprendizajes. Esto contribuiría a reproducir el estereotipo y rechazo hacia estudiantes que han sido diagnosticados/a.

Actualmente el fenómeno del TDAH, podría definirse desde distintas perspectivas. Desde la psiquiatría es un trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, determinado por conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad. De esta forma, la sintomatología repercutiría en la vida del infante, de su grupo familiar y entorno escolar, debido principalmente a las características conductuales registradas por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM – IV -TR (Piedrahita, 2011). A partir de esta definición la dificultad se presentaría a nivel individual, descartando las influencias del entorno.

Sin embargo, Bravo (2002), analiza el TDAH desde los Trastornos Generales del Aprendizaje y sostiene que aquellos estudiantes con estas dificultades encuentran en los establecimientos un sistema de enseñanza común, uniforme y predestinado, que no considera las diferencias propias de su desarrollo psicopedagógico y las necesidades particulares de cada uno/a. En lugar de esto, existiría una formación docente para estudiantes promedios, esperando trabajar con estudiantes con las mismas características y ritmos maduracionales, con un aprendizaje uniforme. Esto pone en el centro de la discusión al contexto educacional, que no se adaptaría a las necesidades de cada estudiante.

Es así como se ha considerado oportuno para esta investigación, integrar tanto la Perspectiva Psiquiátrica, como una conceptualización y praxis en el abordaje de este diagnóstico, junto a un Enfoque Educacional, que incorpora el contexto, el ambiente escolar y la estructura educacional, como aporte a una visión más crítica y realista, de otros factores que interfieren en el aprendizaje y comportamiento de los niños/as en edad escolar.

Es debido a lo mencionado anteriormente que surgen las siguientes interrogantes: ¿El TDAH es una realidad innegable o un constructo social?, ¿Cómo debería ser la atención y conducta del/la niño/a en la escuela? Y ¿Es necesario medicar? (Franco, 2012).

2. Justificación.

En la actualidad, el Déficit Atencional en sus diversas interpretaciones y conceptualizaciones, da cuenta en primera instancia de un diagnóstico psiquiátrico, una categoría social dentro del ámbito psicopatológico. Pero no solo es una etiqueta, sino también un problema concreto que a nivel social está generando ruidos.

Es por esto que se considera necesario realizar una aproximación a la experiencia de psicólogos/as, ya que son profesionales que trabajan directamente con el TDAH, debiendo tomar decisiones que podrían desembocar en el diagnóstico y/o la medicación. Por otra parte aportan relatos de situaciones vivenciadas en relación con este objeto de estudio, por lo que han informado respecto de los significados y prácticas del trabajo con niños/as diagnosticados/as.

Temas como el sobrediagnóstico, la medicación, la estigmatización que ocurriría posterior a la entrega del diagnóstico, la falta de herramientas pedagógicas en el sistema educacional y la normalización de niños/as en pos de una conducta, han generado diferentes posturas y estudios en torno a este fenómeno clínico y educacional, en definitiva un comportamiento desatento e hiperactivo asociado con un objetivo claro; mantener el silencio del aula y a niños/as correctamente sentados durante una jornada completa de más de 8 horas.

La literatura, en su mayoría, entrega definiciones del concepto, las cuales están basada en los criterios diagnósticos de los manuales psiquiátricos y a partir de estos un incalculable número de indicaciones, sugerencias o tips, desde un enfoque cognitivo conductual. Debido a la incomprensión por parte de profesores y padres respecto a la etapa evolutiva de los/as niños/as quienes necesitan jugar, correr y saltar, pero que por la estructura de la sala de clases no lo pueden hacer libremente. Se nos enseña a obedecer desde pequeños, se nos normaliza para un futuro laboral, a costa muchas veces de la salud mental infantil. Frases como: “criemos niños que no deban recuperarse de su infancia”, hacen reflexionar acerca de las medidas actuales que se toman sobre niños/as, quienes no tienen la posibilidad de decidir de forma autónoma si quieren aceptar las medidas que buscan modificar su conducta.

Se considera **relevante teóricamente**, debido a que es importante para la Psicología conocer los significados que actualmente manejan sus profesionales, como también las prácticas que están desarrollando en la actualidad, ya que a lo largo del tiempo se han ido modificando, como también han surgido otras nuevas. Por ejemplo, aparecen relatos que consideran las “dificultades atencionales” como potencialidades o bien como una de las tantas diferencias del ser humano. Se considera relevante desde el punto de vista del conocimiento, las experiencias que dan cuenta de la información introyectada y de las perspectivas que manejan los profesionales.

Tiene **relevancia social** ya que en primera instancia es un tema considerado del interés de un gran número de personas. En el contexto educacional los/as estudiantes que presentan un comportamiento disruptivo reciben rápidamente la etiqueta de TDAH, solicitando enérgicamente la medicación o visita al/la Psiquiatra o Neurólogo/a por parte de docentes, presionados/as estos a su vez por la necesidad de disciplina, ya que esta permitiría lograr los aprendizajes. Por otro lado en el ambiente familiar, padres reconocen que sus hijos/as tienen más energía que sus pares, sin embargo comprenden que es una etapa la cual a medida que el niños/a crezca mejorará. Al parecer todo apuntaría a que la escuela y el sistema educacional no se encontrarían adaptados a las necesidades de los/as infantes, sino que buscaría normalizarlos con el fin de prepararlos/as para el mundo laboral. Es por lo señalado anteriormente que las experiencias de psicólogos/as podrían dar cuenta de cómo es su percepción frente al TDAH como fenómeno social con diversas aristas y las situaciones que se viven dentro de estas redes de apoyo.

Metodológica y técnicamente la investigación busca acceder a los relatos de Psicólogos/as que han trabajado con niños/as diagnosticados/as, saber información que de otra forma no sería posible conocer. La metodología cualitativa permite aproximarnos a la visión subjetiva de personas que trabajan directamente con el TDAH, a partir de las entrevistas se logra visualizar experiencias en contextos específicos, experiencias únicas. Es por esto que toma relevancia esta propuesta para dejar huella de las reflexiones y vivencias de Psicólogos/as frente a la infancia, a la medicación, el contexto escolar y a todos los factores que se relacionan y giran en torno al Trastorno por Déficit Atencional con/sin Hiperactividad – Impulsividad.

3. Preguntas y Objetivos de Investigación.

Preguntas de Investigación.

Pregunta de Investigación primaria:

¿Cómo es la Experiencia de Psicólogos/as de la provincia de Ñuble, en el trabajo psicológico con niño/as diagnosticados/as con Déficit Atencional?

Preguntas de Investigación Secundarias:

¿Cuál es la percepción del diagnóstico Déficit Atencional, que presentan Psicólogos/as pertenecientes a la provincia de Ñuble?

¿Cómo conceptualizan la Medicación de niños/as diagnosticados/as con Déficit Atencional, Psicólogos/as de la provincia de Ñuble?

¿Cómo son las vivencias respecto a la Intervención Psicológica con niños/as diagnosticados/as con Déficit Atencional, por parte de Psicólogos/as de la provincia de Ñuble?

4. Objetivos de Investigación:

Objetivo general:

Conocer la Experiencia de Psicólogos/as de la provincia de Ñuble, en el trabajo con niños/as diagnosticados/as con Déficit Atencional.

Objetivos específicos:

Comprender la percepción del diagnóstico sobre Déficit Atencional, por parte de Psicólogos/as pertenecientes a la provincia de Ñuble.

Caracterizar la conceptualización sobre la Medicación en niños/as diagnosticados con Déficit Atencional, que tienen Psicólogos/as de la provincia de Ñuble.

Describir las vivencias de Psicólogas/os de la provincia de Ñuble, respecto a la Intervención Psicológica con niñas/os diagnosticadas/os con Déficit Atencional.

III. Marco Referencial.

1. Antecedentes Teóricos.

1.1. Experiencia.

Lo que busca esta investigación es conocer las experiencias de Psicólogos/as en torno al trabajo con usuarios/as diagnosticados/as con Déficit Atencional y para esto comenzaremos por definir y desarrollar teóricamente el concepto de *experiencia*.

El origen etimológico de la palabra experiencia, proviene del latín *experientia* lo que en el castellano correspondería a: ensayo o prueba. Esto a su vez, es derivado de *experiri*, vale decir: intentar, ensayar o experimentar (RAE, 2015).

En primera instancia, y desde una mirada general, la experiencia, según el Diccionario de la Real Academia (2015), correspondería a una situación o acontecimiento, donde alguien(es) experimenta(n) algún fenómeno determinado. Como también constituiría una práctica prolongada, que le permitiría a una persona adquirir conocimientos o habilidades dentro de un área, esto con el fin de realizar alguna acción. O también, una circunstancia o acontecimiento vivido por un sujeto/a, en cualquier plano de lo cotidiano.

Bollnow (2001), concibe la experiencia como un concepto que surge a partir de la elaboración y apropiación de las circunstancias cotidianas (familiares, laborales, sociales, etc.) por parte de quienes las vivencian, acontecimientos que no son necesariamente previstos, ni planificados, sino que se van presentando a medida que transcurre el tiempo. Además integra una visión ontológica activa del ser humano en la construcción de su propia experiencia, ya que, para que esta logre tener una trascendencia significativa, las personas debieran participar como constructores/as de su saber y no como meros espectadores/as.

Debido a que el autor anterior significa el concepto desde una mirada más individualista, es necesario incorporar una definición que implique un enfoque más contextual.

Es por esto que Heller (1991), da a conocer la experiencia como un proceso que está siendo dentro de una comunicación dialógica, ya que cuando se comunica, también se expresan las vivencias, o percepciones adquiridas, donde la persona es objetivada a través de la transmisión de este mensaje, que contiene situaciones incorporadas a la experiencia. En definitiva, este constructo daría cuenta de una adquisición constante,

donde la persona introyecta sus circunstancias, haciéndolas parte de sí mismo/a, lo cual se desarrollaría a través de la comunicación con otros/as.

1.2. Trastorno por Déficit Atencional (TDAH).

De acuerdo a lo que plantea Tizón (2007), al realizar estudios sobre el Déficit Atencional se debe considerar que, como en otras categorías diagnósticas, esta corresponde a una clasificación “de consenso”, entre sujetos/as pertenecientes a un grupo científico, lo que daría cuenta de comportamientos problemáticos observados en diversos/as pacientes. Esto se traduce a que el origen de este síndrome como le han llamado algunos/as autores/as, no sería etiopatogénico, sino que descriptivo. Además, agrega que estas etiquetas serían el resultado de una agrupación de síntomas, con un aparente apoyo empírico.

Desde una perspectiva clásica el Trastorno por Déficit Atencional, es un síndrome del desarrollo neurológico infantil frecuente, que se define por una presencia persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad, donde la sintomatología repercutiría en la vida del/la infante y de su grupo familiar, debido principalmente a las características conductuales registradas por el DSM –IV (Piedrahita, 2011).

Es un trastorno que podría interferir en el aprendizaje debido a diversos factores, los cuales serán representados de dos formas, por un lado estaría el Enfoque Psiquiátrico o clásico y por otro, una perspectiva no patologizante, que atribuye causas al sistema escolar, este es el Enfoque Educativo.

1.2.1. Enfoque Psiquiátrico.

El Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad/ Impulsividad se caracteriza desde un enfoque psiquiátrico, como una dificultad persistente para enfocar y mantener la atención, como también para modular el nivel de actividad y controlar el comportamiento impulsivo, lo que podría derivar en conductas inapropiadas (Salazar, 2009).

El diagnóstico, por otro lado, no requiere pruebas de laboratorios, ni pruebas psicológicas, ya que se puede obtener a través de la historia clínica y la observación, identificando los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales DSM –IV (Salazar, 2009). Sin embargo, es necesario que sea realizado por un profesional calificado, ya sea de la disciplina Neurológica o Psiquiátrica (Decreto 170, 2010).

El Déficit Atencional, a partir del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM – IV (1978), tiene las siguientes características, debe: haberse presentado antes de los siete años de edad, estar presente en dos o más entornos, no formar parte de algún trastorno de comportamiento generalizado, esquizofrenia u otro desorden psicótico.

Además, los reportes de los/as cuidadores/as y/o maestros/as, tendrían que dar cuenta de seis o más de los siguientes síntomas vinculados a la desatención, por lo menos durante seis meses, los cuales son: incurrir en errores por no tener cuidado en los detalles, dificultad para sostener la concentración, parecer no escuchar, no seguir instrucciones, dificultad para organizar tareas y actividades, evitar trabajos que requieran esfuerzo mental sostenido, incurrir en pérdidas de materiales necesarios para el logro de aprendizajes, distracción por estímulos irrelevantes y/o el olvido de actividades diarias.

Finalmente, seis o más síntomas relacionados con la hiperactividad e impulsividad, presentes por lo menos durante seis meses, estos son los siguientes: moverse constantemente, pararse donde se espera que la persona permanezca sentada, correr o saltar excesivamente, dificultades en actividades de ocio, actuar como si se tuviese un motor, hablar en exceso, dar respuestas precipitadas antes que las preguntas terminen, dificultades para esperar el turno y/o irrumpir en una conversación (DSM – IV, 1978).

1.2.2. Enfoque Educativo.

Desde la perspectiva educativa que plantea Bravo (2002), el Déficit Atencional, está clasificado dentro de los Trastornos Generales del Aprendizaje, debido a que genera dificultades académicas en el rendimiento global del/la niño/a, vale decir, que el retraso en el aprendizaje respecto a sus pares, no se manifestaría solo en algunas materias puntuales, sino que en la generalidad de las asignaturas.

Esto constituiría un frecuente problema para muchos/as educadores/as y apoderados/as, debido a que las calificaciones no corresponderían con las expectativas ni el esfuerzo que estos/as estudiantes realizan para adquirir los contenidos.

Las características más frecuentes, que presentan estos/as estudiantes con TDAH, son el bajo nivel de atención a los estímulos que se encuentran presentes en el ambiente del aula (instrucciones de docentes, notas de la pizarra, colores, sonidos, exposiciones orales, etc.), como también la dificultad para sostener la concentración en la elaboración de tareas y requerimientos, lo que produciría con el tiempo fracaso escolar, acompañado a demás, de una frustración constante por parte de alumnos/as, profesores/as y apoderados/as. Sin embargo, la manifestación de este trastorno del aprendizaje, dependerá de forma importante, de factores relacionados con el sistema educativo; las características del establecimiento, las metas, objetivos y el nivel de exigencias. Y si se agrega que por razones de inmadurez escolar, personas a esta edad no estarían preparadas para enfrentar los aprendizajes que exige el curriculum chileno, sería posible considerar que los/as niños/as, en realidad, poseen diferencias individuales de desarrollo y de aprestamiento, en lugar de un diagnóstico tan estereotípico (Bravo, 2002).

Es así como Bravo (2002), sostiene que aquellos estudiantes con dificultades en el aprendizaje encuentran en los establecimientos un sistema de enseñanza común, uniforme y predestinado, que no considera las diferencias propias de su desarrollo psicopedagógico y las necesidades particulares de cada estudiante, en lugar de esto, existe una formación docente para niños/as “promedios”, esperando trabajar en niveles maduracionales equivalentes, con un ritmo sincrónico de aprendizaje, sin reconocer que la estructura educacional no está adaptada para los requerimientos de niños/as en pleno desarrollo.

Por otro lado Condemarín (2012), da cuenta de factores psicosociales relacionados con el TDAH, que inciden en la resiliencia frente al trastorno, destacando como grupos importantes al contexto escolar y familiar. Referente al primero, menciona que si este es un establecimiento que presenta actitud de rechazo hacia las dificultades y además, manifiesta una disposición expulsiva, generará el peregrinaje de los/as alumnos/as diagnosticados/as con TDAH por distintas escuelas, impidiendo que estudiantes logren formar relaciones sociales estables y duraderas, lo que constituiría un factor de riesgo.

Y en segundo lugar, se encontraría la familia cumpliendo un rol fundamental como red de apoyo, donde se especifican cuatro variables como factores protectores, estas son: la cohesión del grupo, la aceptación de las dificultades del niño, el apoyo emocional y la compensación activa de las áreas deficitarias. La relevancia que esto tiene, se apreciaría debido a que si se cumplen estas condiciones alrededor del 40% de los/as niños/as con TDAH, tendrían un pronóstico favorable.

1.3 Medicación.

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) sugieren la necesidad de utilizar medicamentos en el abordaje del TDAH, considerando que estos serían seguros y efectivos a largo plazo. Sin embargo, estas serían sustancias psicoestimulantes que incluso en adultos/as han dado alertas de efectos adversos (Valverde, 2013).

Es en el tratamiento, donde convergen diferentes posturas respecto a cuál es la mejor forma de enfrentar lo que algunos conceptualizan como síntoma, otros síndrome, trastorno específico u enfermedad. Por un lado, están quienes trabajan con medidas biológicas (uso de psicoestimulantes: metilfenidato, dextroanfetamina y diversas sales de anfetamina), como también aquellos/as que están a favor de medidas psicológicas a nivel familiar, escolar o individual (Lasa, 2001).

1.3.1. Metilfenidato o Ritalín

El metilfenidato o bien en su nombre comercial Ritalín es un medicamento que ha demostrado una alta efectividad para mejorar los niveles de atención, como también para reducir la impulsividad y bajar los niveles de hiperactividad (Wender, 1985).

Sería considerado como un medicamento seguro, con bajos niveles de efectos secundarios y con una recepción adecuada por parte de los pacientes. Se utiliza para inhibir la recaptación de dopamina, con el objetivo de aumentar su cantidad en el torrente sanguíneo, permitiendo así sus efectos psicoestimulantes. Sin embargo, tiene efectos secundarios, tales como: taquicardia, hipo/hipertensión, arritmias, insomnio, ansiedad, mareo, psicosis, sequedad de boca, anorexia, náuseas, dolor abdominal, pérdida de peso, urticaria y rash cutáneo (Saralegui, 2013).

1.3.2. Dextroanfetamina

Este compuesto sería el d-isómero de la anfetamina, encontrándose disponible como “Dexedrine” para una liberación inmediata. Se encuentra en tabletas de 5 mg. equivalente a una dosis de 10 mg de metilfenidato. Respecto a la duración de sus efectos serían entre 5 a 6 horas lo que la posicionaría por sobre los compuestos de metilfenidato. Sin embargo así como tendría mayor duración, también sus efectos secundarios adversos aumentarían. Entre ellos se encuentra el retraso en el crecimiento, supresión del apetito y conductas compulsivas. Su aplicación está permitida con 2,5 mg en niños/as de 3 años en adelante (Sauceda, 2005).

1.4. La Intervención Psicológica

De acuerdo con lo que plantea Bados (2008), La Intervención Psicológica correspondería a la aplicación, tanto de principios, como técnicas psicológicas, de parte de un profesional que esté en condiciones de ejercer esta profesión, con el objetivo de facilitar la comprensión de problemáticas y conflictos, tanto intrapsíquicos como psicosociales en un individuo o comunidad. Pero también actuaría en la prevención de enfermedades mentales y como promotor/a de la salud mental. Además cabe mencionar que su actuar podría potenciar las habilidades y capacidades de las personas, como también las relaciones interpersonales que pudiesen tener con el entorno más próximo.

En el área de la Psicología Clínica, se ha definido el ejercicio profesional, como aquella disciplina que se encarga de aplicar los principios, técnicas y conocimientos científicos para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y/o prevenir las dificultades o trastornos mentales, para lograr un estado de bienestar y salud, todo esto insertos en diferentes contextos y trabajando con diversas personas (Colegio Oficial de Psicólogos, 1998).

Desde los aportes de Bravo (2002) la Psicología Educacional, no estaría destinada a realizar procesos clínicos, debido principalmente al contexto que en general carece de un setting terapéutico apropiado, sin embargo es donde se da con mayor frecuencia el diagnóstico de déficit atencional. Es en este contexto donde se trabaja el TDAH como una

dificultad en el aprendizaje. En primera instancia se evalúa o deriva al estudiante para que sea diagnosticado, con previas sospechas. Una vez diagnosticados son derivados a Neurólogo o Psiquiatra, generándose la medicación y entrada al Proyecto de Integración Escolar (PIE).

Respecto a los tratamientos Carr (2005), da a conocer estudios acerca de la terapia familiar en el Trastorno por déficit atencional y su efectividad, concluyendo que esta ayuda a los padres a comprender y abordar de mejor manera la conducta de los hijos, como también a disminuir los niveles de estrés familiar y mejorar el funcionamiento de roles y funciones, tales como: la jerarquía nuclear, la implementación de reglas, rutinas y comunicación. Por otro lado Horn (1991), expresa que el tratamiento multimodal, vale decir psicoterapia junto a la medicación es mucho más efectivo en el tratamiento de los síntomas. Sin embargo Roizblatt (2003) propone que la terapia cognitivo-conductual y la terapia sistémica favorecerían el alza de la autoestima y el manejo de la impulsividad, permitiendo el aprendizaje de estrategias para la resolución de problemas, lo que mejoraría significativamente la calidad de vida de los pacientes, tanto a nivel educacional como familiar.

2. Antecedentes Empírico.

Según “expertos en TDAH” este diagnóstico afectaría aproximadamente al 5% de los niños en edad escolar en el mundo, es decir que 1 de cada 20 lo padecería. Estudios realizados en Latinoamérica encuentran cifras aún mayores, que indican la presencia del TDAH en alrededor del 15% de los niños/as. Estos presentan por lo general dificultades para el aprendizaje hasta en un 70% de los casos (Salazar, 2009).

En Chile según el Plan nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud de Chile (2001), se considera que el Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad es uno de los problema de salud mental más frecuentes en niños, niñas y adolescentes en edad escolar, siendo uno de los diagnósticos neurológicos más habituales en los servicios de atención primaria (Urzúa, 2009).

Por su parte la legislación Chilena (Decreto 170, 2010), intenta regular la subvención para estudiantes con TDAH, incluyendo una definición del trastorno a partir del CIE-10,

permitiendo complementar el diagnóstico con el DSM – IV. Además, establece los requisitos que debe tener el establecimiento para obtener estos recursos.

Este decreto de ley controla el accionar de los establecimientos educacionales frente a este diagnóstico. Se presenta como una ayuda a la inclusión de niños/as más vulnerables (Peña, 2013). De acuerdo a lo que plantea Redondo (2005), estos/as estudiantes son aquellos/a que no serían aceptados por el sistema educacional, ya que bajarían el promedio de los cursos y no se adaptarían al modelo actual basado en la competencia. Específicamente se trataría de un aumento en el dinero o subvención, lo que en teoría debería llegar a estudiantes con necesidades educativas especiales, sin embargo muchas veces aquellos no ocurre. Estos fondos se utilizarían para contratar profesionales, con el objetivo de realizar un trabajo con los niños/as, más no indica de qué manera.

Otra de las medidas tomadas por el estado, a través de la legislación es la Ley de Subvención Escolar Preferencial (SEP), la que de acuerdo a lo mencionado por Huepe (2008) sería un monto de dinero entregado a los establecimientos educacionales por un concepto de subvención a la demanda, vale decir, no sería otorgado por las características propias de las instituciones educativas, sino que respondiendo a la condición de vulnerabilidad en términos económicos de los/as alumnos/as. Por lo que, no sería una medida para modificar las dificultades económicas que interfieren en el aprendizaje, sino que continuaría consolidando el sistema de mercado (Peña, 2013).

3. Marco Epistemológico

Para esta investigación que trata sobre la experiencia de Psicólogos/as en el trabajo con niños/as diagnosticados/as con TDAH, se considera pertinente utilizar como marco epistemológico a la Fenomenología, que según Mercado (2013), permite establecer que la realidad se determina a través de los significados que tengan las personas sobre esta.

Además, la experiencia social tendrá a la base significados subjetivos y a la vez compartidos, lo que permitirá una construcción de las vivencias cotidianas. Es por esto que la objetividad no podría constituir un referente para evaluar relatos, ni menos pretender generalizarlos, ya que lo importante es la interpretación que las personas realicen. En ningún caso se buscaría llegar a un consenso.

El/la observador/a debe profundizar en los significados e interpretaciones que se realicen sobre la realidad investigada. Es un enfoque interpretativo – participante (Mercado, 2013).

Por otro lado, Folgueiras (2009), define a la Investigación Fenomenológica como un estudio que se focaliza en la experiencia, entendida como un conjunto de vivencias relacionadas con un fenómeno en particular, buscando las percepciones y significados que podrían reportar los/as participantes.

De esta forma, en esta investigación se buscaría comprender, a través de los significados que se logren conocer gracias a la entrevista en profundidad, las experiencias de Psicólogos/as en el trabajo con niños/as diagnosticados con TDAH, lo que estaría en la misma línea de lo que plantearía la fenomenología como objetivo, el cual trataría sobre el abordaje de la subjetividad en el conocimiento, para conocer esa etapa intermedia entre la realidad social y la interpretación que se elabore a partir de esta. Sería un intento por aproximarse a ese mundo que se presenta en la conciencia. En definitiva es reconocer que las personas construyen significados propios y compartidos, por lo tanto existirían tantas interpretaciones de la experiencia, como profesionales en el área (Folgueiras, 2009).

Reflexividad.

Debido a que esta es una Investigación Cualitativa, la constante metacognición enriquece el contenido subjetivo que podría lograr este enfoque. Y para ello, se hace necesario dar a conocer la actitud propia hacia el objeto de estudio.

Desde el investigador, se presenta una actitud desfavorable hacia el TDAH por considerarse un diagnóstico, etiqueta y categoría social negativa. Recordemos que el lenguaje construye y deconstruye realidades.

Se está en contra de todo tipo de diagnóstico psiquiátrico, por pretender establecer qué es lo normal y qué no. El TDAH es una construcción social, un concepto que busca explicar el por qué un niño/a tendría dificultades para estar sentado/as en silencio, sin considerar que este/a niño/a necesita aprender en un ambiente donde el juego sea la estrategia para lograr el aprendizaje.

Sin bien es cierto, la incorporación de normas y la sociabilización son instancias necesarias para el desarrollo de las personas, no deberían estar por sobre la salud mental infantil y adolescente.

Respecto a la medicación, se considera que es una estrategia que no beneficia el bienestar psicosocial de los/as estudiantes, a diferentes niveles. Primero, son elementos químicos que dejan residuos tóxicos en las personas, pero también implica una naturalización de los fármacos, como algo que soluciona ciertos problemas. Adapta la atención, se obliga a aprender, constituye un mecanismo violento, tanto material como simbólico. Por otro lado, no se respeta la voluntariedad en los/as niños/as, no se les pregunta si lo quieren hacer, mucho menos se les entrega información de lo que realmente es, solo se les dice que es algo que les va a ayudar ¿a qué? ¿A ser más aceptados/as, ya que medicados/as tendrían un mejor comportamiento? ¿Entonces dónde está el problema, en el/la niño/a o en la sociedad que no acepta las diferencias?

El aprendizaje es único en cada persona, con la combinación, si se quiere, de las distintas habilidades cognitivas, por lo que no constituye una experiencia que debiese experimentarse de la misma forma en todos/as los/as individuos/as, por lo que el entorno debería adaptarse a las necesidades de cada persona y modificar sus expectativas.

A medida que los niños/as crecen adquieren madurez, solo hay que conocerles y respetarles como iguales, como personas que día a día van aprendiendo algo nuevo, sin tener que responder a las demandas del entorno de una manera óptima, con altos niveles de concentración y en un lamentable silencio.

En el trabajo realizado no se encontró una visión subversiva en los/as entrevistados/as, quizás por el contexto laboral o porque realmente esas son sus percepciones, lo que da cuenta de que aún la Psicología tiene mucho por hacer.

IV. Diseño Metodológico.

Metodología, diseño y método.

En esta investigación se ha establecido trabajar desde una Metodología Cualitativa, debido principalmente a la naturaleza ontológica de la pregunta, como también al objetivo que se ha planteado, los cuales se caracterizan por realizar un intento de aproximación a la experiencia humana en el ámbito de la intervención psicológica, específicamente en el abordaje Psicológico del Trastorno por Déficit Atencional con o sin hiperactividad/impulsividad (TDAH).

Según Iñiguez (1999), la investigación cualitativa se diferencia de otras metodologías por tener un enfoque interpretativo de la realidad a la cual se intenta aproximar, como también debido a que instala una reflexión y crítica constante de la aplicación que se realiza del paradigma positivista a las ciencias sociales. Es por esto, que a través de la presente investigación, no se pretende establecer leyes que regulen la experiencia del TDAH, sino más bien, lograr un conocimiento profundo y subjetivo de la experiencia que posee psicólogos/as en su quehacer profesional.

Además de lo mencionado anteriormente, una metodología cualitativa permite obtener información adecuada respecto a las temáticas a investigar, como también datos ricos y una profundidad necesaria para comprender este fenómeno en cuestión, considerando el dinamismo con que se presentan en la realidad, descartando una forma estática (Álvarez-Gayou, 2005).

Por otra parte el diseño que se ha decidido utilizar, es el denominado Diamante o de Rombo, el cual es definido según Martínez (2012), como un proceso constante de análisis y síntesis, donde en primera instancia es necesario establecer un marco teórico consistente, que permita la creación de las primeras categorías a priori, para luego establecer preguntas que faciliten conocer los conceptos críticos en los reportes de Psicólogos/as. Finalmente, producto de las respuesta, se podrán establecer nuevas categorías que constituyan los hallazgos sociales de la investigación.

En tercer lugar, el método escogido para llevar a delante la investigación es el narrativo – biográfico, donde las personas y su ambiente están profundamente vinculados, sin poder hacer una separación entre uno y otro (Cornejo, 2006). Los/as sujetos/as consultados/as son quienes construyen su experiencia, por lo tanto, también se relaciona con las

vivencias personales y subjetivas, de aquello que les es propio, donde el investigador no posee mayor experticia en la información que recopiló, como sí la tienen los/as profesionales entrevistados en esta investigación. Aquí es importante hacer familiar lo extraño y extraño lo que parece familiar, ya que muchas veces se cree tener adquirido conocimiento profesional de otra área, lo cual claramente no es así. De esta forma se busca lograr profundidad en la investigación y no solo una exploración superficial de la intervención psicológica.

Técnicas de Recolección de datos.

En esta investigación cualitativa se ha escogido la entrevista semiestructurada como técnica de recolección de datos, porque permite relacionarse con los/as participantes de forma más cercana, sin mediciones, ni la lejanía que caracteriza los métodos cuantitativos (Ossa, 1999).

Además, tal y como lo señala Taylor (1992), esta es un encuentro cara a cara entre el/la investigador y los/as informantes, lo que permite la comprensión de las perspectivas que poseen Psicólogos/as acerca de su experiencia en el abordaje del TDAH. Las entrevistas en profundidad tuvieron un formato de conversación entre iguales, respecto a los sucesos que le han acontecido al/la entrevistado/a, lo que es evidenciado a través de la comunicación y el diálogo ameno. Es así, como se buscó explorar, a través de una entrevista, la experiencia de trabajar con niños/as diagnosticados/as con TDAH, para conocer los conceptos, percepciones y significados de estos actores claves en el tratamiento de este fenómeno.

Por otro lado, esta técnica se diferencia de otras, debido a que la recolección de datos se lleva a cabo a través de la interacción entre dos personas, pero no de la misma forma que una conversación cotidiana, sino que posee un carácter intencional, con elementos que dan cuenta de una previa elaboración y construcción de marcos referenciales (Callejo, 2002).

Es por esto, que el rol de observador/a no solo buscó obtener respuestas, sino que también aprender qué preguntar y cómo hacerlo (Taylor, 1992).

Instrumentos.

La entrevista semiestructurada además de constituir la técnica de recolección de datos también es el instrumento, ya que abarca lo necesario para obtener la información y ser el canal adecuado. Esta inicia con tres focos predeterminados por los objetivos de investigación. De esta forma el investigador realiza preguntas abiertas que determinan el curso de la entrevista, dando la libertad para profundizar en conceptos que resulten relevantes (Blasco, 2008).

Respecto a la duración de la entrevista, se considera adecuada una extensión de 45 minutos a una hora cronológica, en un ambiente distendido y con la correspondiente autorización para grabar. Por otro lado, los relatos fueron extensos y fluidos, ya que se encontró presente un determinante emocional que identificó a los/as profesores/as con su trabajo. Esto no implica que no existieron algunas censuras por parte de los/as entrevistados/as, pero se considera que otorgaron una buena calidad de respuestas.

Participantes.

Respecto a las/os participantes, se ha considerado oportuno trabajar con Psicólogos/as de comunas dentro de la provincia de Ñuble que trabajen en el área clínica y/o educacional, que tengan como mínimo dos años de experiencia y que hayan tenido la oportunidad de trabajar con niños/as diagnosticados con TDAH. Se decide investigar la intervención psicológica en esta etapa, debido a que la niñez y la adolescencia son las etapas del desarrollo donde hay más prevalencia del trastorno (Salazar, 2009).

Por otra parte Rodríguez et. al. (1999), teoriza acerca de la cantidad de participantes en la elaboración de una investigación cualitativa, por lo que menciona que este debe ser reducido, debido a la complejidad de los objetivos y la profundidad que requiere el análisis de los datos. Es por esto que se entrevistó a tres psicólogos/as que estén trabajando actualmente en el área clínica y tres psicólogos/as del área educacional, lo que permitió lograr conocer el desarrollo de este fenómeno en distintos lugares, lo que enriqueció los resultados de esta investigación cualitativa.

Análisis de los datos.

Para el análisis de los datos se utilizó un software para investigación cualitativa denominado Atlas ti., que permite delimitar los micro-relatos obtenidos a través de la entrevista y los conceptos que corresponden a datos relevantes del proceso (Rodríguez, 1999).

Todo esto dentro del marco de un diseño de Rombo donde a medida que se fueron construyendo las categorías a priori y a posteriori, se realizó el análisis de los datos a través de este programa.

Es así, como los relatos de las entrevistas permitieron en primera instancia transcribirlos, luego ordenarlos por categorías emergentes y así analizarlos en promedio dos veces, para que se ajustaran correctamente con las nuevas categorías.

También se pretendió incorporar el análisis de contenido, que según Mayring (2000), se define como una aproximación empírica, que a través de un controlado análisis metodológico, busca realizar la revisión de textos (transcripciones) en sus contextos comunicativos de producción, sin cuantificarlos, siguiendo debidamente un paso a paso bien estructurado.

Criterios de calidad

Esta investigación busca cumplir con tres criterios de calidad principalmente, los cuales son: coherencia interna, validez transaccional y auditabilidad. Cabe señalar que la objetividad como criterio no se considerará, ya que el enfoque cualitativo no pretende conocer totalmente la realidad, así como lo propone la metodología cuantitativa, sino más bien, se busca establecer una aproximación a la realidad de forma crítica, flexible y en profundidad (Haraway, 1991).

La coherencia interna es definida por Martínez (2006), cómo un criterio básico, ya que indica que las distintas partes de la investigación no se contradicen, formando un todo coherente e integrado. Además de esto, debido a que la investigación está basada en marcos de referencia, desde el teórico al metodológico, es posible comprobar este criterio haciendo una revisión de estos. Cabe señalar que otro de los indicadores que podrían

reflejar coherencia interna es la triangulación metodológica, de datos, de investigador/a y teórica.

De la misma forma es indispensable lograr una validez argumentativa, a partir de un marco lógico y la comunicación escrita de lo realizado, pero también a través de la explicitación de los supuestos previos, transparentando la intersubjetividad de la investigación (Cea, 1999).

La validez transaccional está fundamentada a partir de la relación que se establece entre investigador e investigado/a. Específicamente se refiere a la revisión que lleva a cabo el observador sobre la correspondencia de los reportes y su congruencia con la realidad (Cho y Trent, 2008).

Relacionado esto con la presente investigación, fue importante contar con todos los medios para capturar los relatos y diálogos. En el contexto de las entrevistas se vigiló cuidadosamente el estado de los materiales antes de enfrentarse a esto, debido a que si no se realizaban las entrevistas con todo lo necesario, se hubiese corrido el riesgo de faltar a la validez transaccional.

Finalmente la auditabilidad es definida según Cornejo y Rojas (2011), como la posibilidad de que las personas que necesiten explorar la investigación en cuestión, puedan encontrar toda la información necesaria y respaldada y así no se pierdan en el camino. Para esto es necesario que todos los registros, entrevistas, diseño metodológico e instrumentos sean respaldados en la investigación, ya sea como anexos o dejando de la forma más clara posible su integración la tesis de pregrado.

Aspectos Éticos.

Concerniente a la ética de la investigación, se destacan dos ideas fuerza, las cuales hacer referencia a la confidencialidad y la participación voluntaria de los/as profesionales de la educación.

La confidencialidad se define como la seguridad entregada a los/as investigadas/os referente a que el proceso será de carácter privado y que su identidad no será expuesta (Mondragón, 2007).

Y la participación voluntaria como la necesidad de que las personas expresen verbalmente su interés de participar en la investigación. Esto último, se llevó a cabo, a partir de los consentimientos informados que firmaron quienes aceptaron participar de la investigación.

V. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Presentación de los Resultados.

El objetivo de este apartado es dar a conocer los resultados de la investigación. A través del análisis de datos realizado se establecen cuatro categorías, estando una parte de ellas basadas en el marco teórico, como también representando las categorías emergente, estas contienen los relatos que se obtuvieron en torno a diferentes temáticas, de las/os participantes, específicamente a su experiencia en el trabajo con usuarios/as y estudiantes diagnosticados/as con TDAH.

El siguiente recuadro resume el total de las categorías, siendo una parte obtenidas de forma inductiva gracias a la información facilitada por los/as entrevistados/as, como también de forma deductiva al relacionar los relatos con el marco referencial.

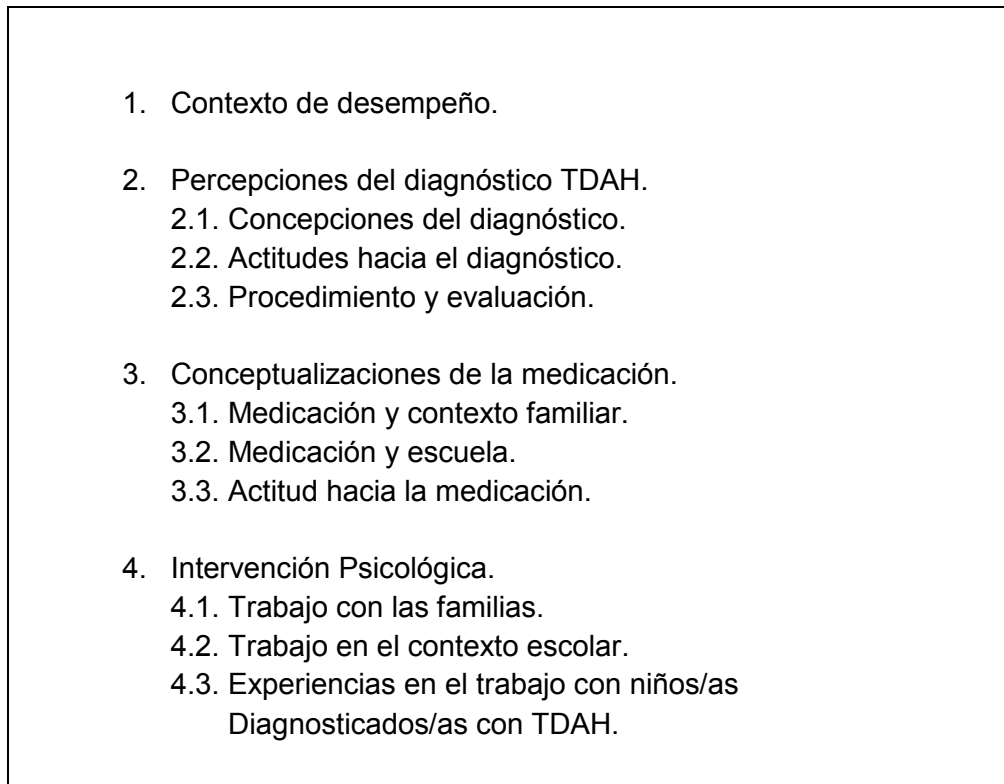


Figura 1. Esquema categorial de análisis descriptivo.

Descripción de categorías.

La primera categoría de análisis central es **Contexto de desempeño**, la cual busca situar el trabajo psicológico de los y las participantes, como también conocer el lugar de donde

surgen los relatos y las particularidades del ejercicio profesional. El fenómeno del Déficit Atencional se presenta de distintas formas según el momento y circunstancias, como también del procedimientos que utilizan los/as profesionales.

En esta categoría se encuentran mencionados seis contextos de desempeño, de los cuales dos corresponden a los equipos del Programa de Integración Escolar (PIE) de la Dirección de Educación Municipal (DAEM), en esta ocasión se logró entrevistar a un Psicólogo del DAEM de Chillán y a una Psicóloga del DAEM de la comuna de San Carlos. Por otro lado se encuentran presentes dos psicólogos/as pertenecientes a establecimientos educacionales. Y respecto al área clínica los contextos abordados fueron una consulta privada y el box de un consultorio ubicado en el sector rural de la comuna de Yungay.

Dentro del área educacional se logró acceder al Equipo PIE del DAEM, tanto de la comuna de San Carlos como de Chillán. Quienes comentan algunas características de su contexto laboral donde actualmente ejercen su profesión, como también una de las estrategias que el ministerio de educación ha implementado en las municipalidades para trabajar las necesidades educativas especiales (NEE).

La relevancia de estos equipos radica, en que son profesionales que trabajan directamente con las escuelas municipales, por lo que de una u otra forma nos permitirán conocer este fenómeno en la educación pública.

“Trabajo específicamente en el Programa de Integración Escolar del Departamento de Educación Municipal (DAEM) de San Carlos, donde el trabajo consiste principalmente en generar un proceso de Psicodiagnóstico Integral. En el Equipo Multiprofesional (EMPROF) trabajamos con Fonoaudiólogos, Trabajadores Sociales, Psicólogos y Psicopedagogo y esos cuatro profesionales vamos a la escuela, sin embargo los Fonoaudiólogos no van a todos los establecimientos, nos vamos rotando, yo asisto a 5 escuelas, voy cada día 15 días y de forma diaria”. [3:49] [24]

“Trabajo dentro del Programa de Integración Escolar, que trabaja con los alumnos con necesidades educativas especiales, con distintos diagnósticos, dentro de ellos está el déficit intelectual, como también el trastorno por déficit atencional”. [6:28] [4]

Otro de los contextos de desempeño que se exponen en esta tesis, se encuentra dentro del área clínica. Uno de ellos se encuentra en la localidad rural conocida como Campanario cercana a la comuna de Yungay, donde se entrevistó al Psicólogo del consultorio. Mientras que el otro lugar, se trata de una consulta particular en la ciudad de Chillán, donde trabaja una Psicóloga con especialidad Infanto - Juvenil.

“Bueno este es Campanario, una localidad de la comuna de Yungay. La mayoría de la gente no completó la educación media, son contadas con los dedos de la mano las personas que tienen una educación técnica o universitaria. Son personas de una zona rural, donde generalmente el hombre sale de la casa a trabajar, provee y la mujer cuida a los niños, se observa un ambiente bastante machista” [1:78] [20]

“Bueno este es un lugar privado, donde la mayoría de las personas vienen por su propia voluntad o bien derivados por algunos colegios, pero en general la mayoría está motivada a recibir ayuda, un porcentaje muy mínimo viene obligado. Se trabaja mayoritariamente con niños que es más o menos el 80%, niños, adolescentes y el 20% adultos” [4:39] [21]

Finalmente respecto a esta categoría, se encuentran dos profesionales de la Psicología quienes se encuentran trabajando en el área educacional, pero esta vez en establecimientos. Ambos lugares corresponden a colegios particulares subvencionados de la ciudad de Chillán.

“Acá es súper ordenado el trabajo Psicológico con los chiquillos, porque tenemos un Departamento de Orientación donde hay un Orientador a tiempo completo y donde estoy yo también como Psicóloga de tiempo completo. Además está el

Programa de Integración Escolar (PIE), donde hay una Profesora de Educación Diferencial, una Psicopedagoga y también estoy yo como Psicóloga. El trabajo es pesado, es arduo porque si yo te dijera que aquí hay algún chiquillo que no necesita ayuda es mentira, todos llegan acá por alguna razón” [2:79] [28]

“En este momento la coordinadora es una Psicopedagoga, anteriormente era una Asistente Social, pero ahora está con prenatal. Luego de la coordinadora que es Psicopedagoga, hay tres Profesoras de Educación Diferencial, hay una Fonoaudióloga, estoy yo y hay una cuarta Profesora de Educación Diferencial, que viene por 10 horas que la había olvidado, ese es el equipo de integración” [5:5] [13]

La segunda categoría de análisis central es **Percepciones del Diagnóstico TDAH**, la que se deriva del objetivo específico número uno de esta investigación, el cual busca *Comprender la percepción del diagnóstico Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad/Impulsividad, por parte de Psicólogos/as de la provincia de Ñuble.*

La Percepción del Diagnóstico se define como aquellos significados en relación al Trastorno por Déficit Atencional, los que se presentan de distintas formas, algunos hacen referencia a las concepciones propiamente tal y otras se posicionan con diversas actitudes en torno al diagnóstico, además de esto los/as entrevistados/as dan cuenta de un contenido referido a los procedimientos y evaluaciones que consideran relacionados al TDAH.

La subcategoría **Concepciones del Diagnóstico TDAH** se define como los significados que Psicólogos y Psicólogas de la provincia de Ñuble atribuyen al diagnóstico Trastorno por Déficit Atencional, qué es para ellas/os o bajo qué constructos abordan este fenómeno social. De esta forma se responderá a una parte de la pregunta específica de investigación número uno, ya que los significados construyen la percepción de los sujetos/as, a través de la interpretación de los estímulos que son captados por los sentidos.

De acuerdo a lo que plantean los/as entrevistados/as, la elaboración del diagnóstico sería subjetiva, debido a que cada profesional observaría aspectos distintos en una misma persona. Además, esto dependería de un factor temporal, ya que a medida que transcurre el tiempo la sintomatología iría cambiando, sin presentarse de manera estática. De esta forma el diagnóstico dependería de los/as profesionales involucrados, como también del momento en el que se encuentre el/la usuario/a.

“Ahora la manera de diagnosticar quizás yo la encuentro... no sé, está bien que sea subjetiva, porque es subjetiva, pero yo más que el diagnóstico en sí apunto a los profesionales que diagnostican, me encontrado con un mismo paciente que, uno en la ficha clínica, va juntando todos los informes que van llegando en el tiempo, de los pacientes y a veces hay pacientes psiquiátricos, con un diagnóstico... tres, cuatro años después con otro diagnóstico, nada que ver incluso ni siquiera parecido y yo acá lo veo y yo le encuentro otra cosa, entonces es raro es complicado” [1:50] [79]

Otra de las concepciones acerca del TDAH se relacionaría con que los/as entrevistados/as en reiteradas ocasiones mencionan un sobrediagnóstico. Debido a las dificultades conductuales de una gran parte de usuarios/as en etapa escolar, docentes, familias y el entorno los clasifica dentro del TDAH, generando visitas al Psiquiatra o Neurólogo para la medicación. Dentro de esta subcategoría no se cuestiona la existencia del diagnóstico, sino que los/as participantes refieren más casos diagnosticados, de los que realmente se ajustan a la realidad.

“yo creo que el tema del déficit atencional está sobrediagnosticado, de repente pueden ser otro tipo de problemas y que se solucionan súper fáciles”. [2:64] [116]

“Yo creo que el déficit atencional es un diagnóstico que sí existe, que ha estado muy en boga el último tiempo, yo creo que existe pero sí que está sobrediagnosticado”. [2:36] [73]

“Es un problema que como te decía esta sobrediagnosticado y que mucha gente piensa que tiene que inmediatamente medicarse para superar esta dificultad”. [2:37] [75]

“Esta sobrediagnosticado, primero que nada, que en realidad ha existido toda la vida, que actualmente tiene una connotación bastante negativa, porque en realidad es algo que siempre ha existido”. [4:12] [45]

“Opino varias cosas, creo que en primer lugar hay un sobrediagnóstico de Déficit Atencional por que el Déficit Atencional se ha ido construyendo de tal forma que el niño que es un poco inquieto ya es un niño con Déficit Atencional, el niño que está un poco desatento tiene Déficit Atencional y como que se han ido popularizando los términos”. [5:13] [29]

El Nivel Intelectual de las/os usuarios/as sería otro de los significados en torno a este fenómeno. Los y las participantes refieren que el TDAH no se relacionaría con un bajo nivel intelectual, sino que por el contrario, existirían habilidades cognitivas adecuadamente conservadas.

“Los alumnos con Déficit Atencional, me faltó decir algo súper importante, son súper inteligentes, son lentos a veces, no contestan a veces porque no quieren, porque prefieren salir de la sala, porque les carga estar sentados una hora, pero son súper inteligentes, súper inteligentes, a mí me asombra, de verdad que me asombra lo inteligente que pueden ser, el Déficit Atencional de ninguna forma tiene que ver con que a lo mejor sean menos inteligentes sin embargo a veces tienen bajas notas porque no termina la prueba porque la encuentra muy larga, porque prefieren salir, porque están enojados, porque se quieren parar, porque están copiando al de al lado, pero son muy inteligentes.” [2:50] [99]

“hay niños que llegan acá, que tienen toda la sintomatología, son niños con coeficiente intelectual normal y algunos superior, en realidad en ellos el problema es el manejo de la frustración, los impulsos y yo me dedico a eso.” [4:15] [45]

“Hay un caso de un niño que tiene un déficit atencional pero tiene una inteligencia superior, a él lo tengo desde kínder.” [4:36] [81]

Por otro lado, de acuerdo a lo que mencionan Psicólogos/as, otro de los significados que se relacionan con el TDAH, correspondería al diagnóstico como una solución a los problemas conductuales, en un sentido utilitarista. De esta forma el diagnóstico sería una estrategia que utilizan los padres y docentes para no tener que comprender la conducta del niño, sino que categorizarla como una enfermedad y dar un tratamiento farmacológico.

“entonces yo creo que en ese sentido el Déficit Atencional viene a ser un parche o una excusa para tratar de que de alguna manera los niños estén tranquilos, porque si no existiese el Déficit Atencional y no existieran los medicamentos para el Déficit, yo creo que los profesores no sé, estarían ya buscando alguna manera de que los niños estén más tranquilos, con Flores de Bach, con cualquier cosa, pero es como una manera de escapar, de que los niños se queden más tranquilos y poder hacer clases y su trabajo” [1:16] [72]

Además de lo anterior, la falta de información sería una de las características que forma parte de la concepción del Déficit Atencional que presentan Psicólogos/as, considerando que es un diagnóstico poco conocido por las personas, lo que desembocaría en errores al momento de abordarlo.

“En realidad hay harta ignorancia de parte de los adultos, de los papás, bueno por ser un concepto que pasó de la Psiquiatría a la Neurología a ser más popular, pasa lo mismo con la Depresión con el Trastorno Bipolar, que hay un montón de desinformación y conceptos erróneos, por ejemplo el mismo problema de que las pastillas se les dan son drogas y que los niños van a andar drogados casi durmiendo, o cuando lo usan como justificación: -no sabes que mi hijo se porta mal porque tiene Déficit de Atención, lo dijo el Neurólogo, así que déjalo tranquilo porque tiene Déficit-“. [1:70] [104]

Otra de las concepciones que señalan los participantes se relaciona con la interferencia del TDAH en el proceso de adquisición de conocimiento, ya sea por la inatención o la

impulsividad. Esto daría cuenta que dentro de los significados relacionados con el Déficit Atencional, se encuentra el aprendizaje como una función que se vería interferida por esta problemática.

“Para mí el Déficit Atencional es un problema más que un trastorno, así que suena como feo, pero es un problema que tiene la mayoría de los niños, no tengo idea porque y que interfiere en prácticamente toda su vida, sobre todo en la parte académica, las notas, en la concentración” [1:77] [107]

Los/as participantes expresan una percepción respecto a que, las dificultades de desatención serían parte de la personalidad de los/as usuarios/as. Por lo que se propone aceptar esas dificultades y adaptar el contexto escolar a los/as estudiantes.

“mira te puedo hablar desde mi experiencia con los alumnos acá... muchas veces tener Déficit Atencional o hiperactividad es parte de su personalidad, tengo una alumna con altos niveles de desatención, que tiene un Déficit Atencional gigante, pero ella llegó así, yo le puedo entregar ciertas sugerencias como para que ella se ordenó un poco, se acuerde de las cosas, pero ella me dice: “estoy trabajando contigo, tú estás hablando pero mi mente está en 50 partes distintas”, entonces de repente una dice: -“chuta ¿y si es parte de la personalidad de los alumnos?”- y una no tiene que intentar cambiarlos, sino que nosotros adaptarnos a sus características y que los profesores dentro del aula también se adapten a sus características”. [2:60] [114]

Actitud hacia el Diagnóstico TDAH: esta segunda subcategoría de análisis busca responder a la percepción del diagnóstico, a través de la actitud que presentan los/as participantes respecto al diagnóstico.

La actitud de cuenta del posicionamiento de una persona frente a un determinado objeto, idea o creencia, lo cual permite acceder a los pensamientos de una persona frente a un estímulo determinado y de esta manera predecir su conducta. La actitud estaría vinculada a sentimientos favorables o desfavorables frente a un objeto, en este caso hacia el Diagnóstico TDAH, transitando desde el acuerdo, hasta el desacuerdo, como también opiniones neutrales que incorporan ambas posturas.

Los/as participantes en reiteradas ocasiones dan cuenta de su desacuerdo respecto al procedimiento que utilizan los profesionales de las ciencias médicas para diagnosticar el TDAH, debido a la subjetividad y falta de rigurosidad en estos. Mencionan que estos profesionales no aplican evaluaciones de ningún tipo, sino que chequean los criterios del DSM IV junto a los/as cuidadores que asisten a consulta.

“Encuentro que se popularizó el tema, se hace necesario calmar a los niños de cualquier manera, al final todos tienen Déficit eso es lo que no me parece, no me gusta tampoco porque es demasiado subjetivo, incluso con lo que está pasando ahora yo creo que a veces los Neurólogos ni evalúan a los niños, incluso a veces cuando es particular ni evalúan a los niños o no lo hacen bien, porque saben implícitamente que los papás van al Neurólogo para que les den medicamentos, no se lo dicen pero el Neurólogo sabe, entonces para qué va a evaluar al niño si los papás vienen a buscar pastillas no más, así que para qué hacerles exámenes, si a los papás les interesa que les den pastillas para que se queden tranquilos”. [1:54] [83]

Otras de las actitudes que surgen en las entrevistas, dice relación con el desacuerdo hacia el diagnóstico de TDAH, ya que sería una etiqueta negativa para las personas. En lugar de esto, se propone abordar la atención desde la potencialidad que podría significar, es decir, la capacidad de mantener la atención en diversos estímulos a la vez.

“yo siento que es una característica del aprendizaje de algunas personas, un aprendizaje distinto más que un déficit, porque también cuando uno busca en la literatura, se menciona que esto tiene mucho potencial, gente famosa que ha tenido Déficit Atencional, o gente muy exitosa en el futuro que ha tenido, es porque son demasiado creativos cierto, su mente anda de repente un poco más rápido que las palabras o más rápido que los demás, entonces yo creo que hay que abordarlo como un potencial” [3:27] [62]

Dentro de las actitudes que reportan Psicólogos/as frente a este diagnóstico se considera como negativa la asociación del diagnóstico a los problemas conductuales. Según este argumento, dicha asociación generaría estigmatización.

“Hoy en día, en realidad cuando una persona nota que un niño tiene problemas de conducta, inmediatamente lo diagnostica, se estigmatiza al niño, la verdad es que lo veo como algo bastante negativo en la actualidad” [4:13] [45]

También nos encontramos con posturas dicotómicas o si se quiere integradas. Esto se refiere a la existencia de dos conceptos o perspectivas diferentes e incluso opuestas respecto al Trastorno por Déficit Atencional.

“Es un tema muy polémico, que es relevante en estos últimos años, ya que no hay un consenso. Si uno se pone a investigar en la literatura ve que hay dos posturas dicotómicas. Una está a favor, de que sí existe, con teoría acerca de alteraciones neurológicas y otra postura que es más sociológica donde se atribuye a otros factores ambientales, de la crianza, de la evolución de los niños, que ante tantos estímulos es una respuesta natural, hay dos posturas, por lo que no hay una opinión clara al respecto” [6:9] [18]

Respecto a la existencia del TDAH se encuentra en los relatos una postura a favor de aquello, sin cuestionar al diagnóstico como una construcción social, a esto se le llamaría “TDAH de libro”, haciendo alusión al cumplimiento total de los criterios del DSM IV.

“Con algunos estudiantes que tienen el diagnóstico, yo he visto a chicos que tienen este diagnóstico y de verdad que responden a todos los criterios que establece el DSM – IV, responden muy bien a estas características, para que sea un TDA de libro” [6:20] [34]

También se evidencian actitudes referentes a se refiere a niños/as diagnosticados/as con TDAH, pero que presentan otros factores que interfieren en su conducta, relativizando su existencia absoluta. No se justificaría la etiqueta, ya que estarían ocurriendo situaciones que explicarían de una manera más certera las dificultades atencionales que está experimentando el/la estudiante. Otra hipótesis que se maneja se relaciona con la madurez escolar y los problemas emocionales.

“También he visto a otros niños que caen en este diagnóstico pero de repente por la misma interacción me quedan ciertas dudas. ¿Por qué se llegó a etiquetarlo con este diagnóstico? porque veo de repente que son otros temas,

temas de maduración, de problemas emocionales, de momentos específicos que estén pasando que los hacen más distraídos, o más inquietos entonces me ha tocado ver niños que de verdad responden a este diagnóstico y otros que no” [6:21] [34]

Otra de las posturas en contra, se relaciona con los efectos estigmatizantes del diagnóstico de acuerdo a lo que se plantea, este tendría consecuencias negativas en los/as niños/as, ya que se les estigmatizaría. Debido a lo anterior si no hay interferencia en el aprendizaje, específicamente en lo académico la entrevistada no estaría de acuerdo con realizar la derivación para establecer el diagnóstico.

“Hoy en día en realidad cuando una persona nota que un niño tiene problemas de conducta, inmediatamente lo diagnostica, se estigmatiza al niño, la verdad es que lo veo como algo bastante negativo en la actualidad, como con las consecuencias que tiene a nivel escolar, de hecho muchas veces yo prefiero no diagnosticarlo” [4:14] [45]

Procedimiento y evaluación: la tercera subcategoría de análisis concerniente a las percepciones en torno al TDAH, se define como el contenido asociado a los procedimientos o a aquellas concepciones operacionales que utilizan Psicólogos/os en el abordaje del TDAH. Son relatos vinculados a la praxis, a las acciones basadas en ciertos enfoques, los cuales a su vez dan cuenta de significados y teorías aplicadas.

El primer concepto relacionado con los procedimientos y evaluaciones es el trabajo realizado a través del Programa de Integración Escolar (PIE), el cual tiene como objetivo abordar las diferentes necesidades educativas especiales en el contexto escolar. Este equipo dentro de los establecimientos trabajaría con estudiantes que presentan dificultades en el aprendizaje, en conjunto con especialistas del área. Además cabe señalar que la información entregada hace alusión al conducto regular que se emplearía para llevar a cabo el diagnóstico.

“Además está el Programa de Integración Escolar (PIE), donde hay una Profesora de Educación Diferencial, una Psicopedagoga y también estoy yo

como Psicóloga. Los Profesores primero pesquisan ciertos alumnos que pudiesen entrar al PIE, luego se hace la evaluación, con todo lo que eso implica; el consentimiento informado de los papás, la anamnesis, hay que llevarlos al Médico especialista también, entonces es un trabajo súper arduo el que la implementación del PIE” [2:10] [30]

“Gracias al Programa de Integración Escolar, por el aporte que nos llega ha permitido comprar muchos materiales, entonces hay materiales para hacer experimentos, la profesora de matemáticas también ha tratado de sacar un poco más a los chiquillos de clases, hacer tutorías con los mejores alumnos, que vengan en otros horarios y a veces no hay tanta participación, porque los chiquillos vienen aquí muy desmotivados, entonces a veces hay que tratar de hacer actividades mucho más lúdicas y yo creo que así han enganchado alguno, entendemos que ni los con Déficit Atencional ni los otros pueden estar sentados tanto rato, les hacemos muchos talleres acá también” [2:54] [103]

“Trabajo dentro del Programa de Integración Escolar, que trabaja con los alumnos con necesidades educativas especiales, con distintos diagnósticos, dentro de ellos está: el déficit intelectual, como también el trastorno por déficit atencional” [6:1] [4]

El Programa de Integración Escolar ya lleva un par de años, hay un decreto a partir del 2011 donde el objetivo del programa es el de la inclusión de estos chicos, que antiguamente a estos niños se les atendía en aulas separadas del resto de sus compañeros y eso promovía la exclusión de cierta manera, la discriminación y ahora se pretende que los niños sean integrados con sus otros compañeros en el aula común”. [6:2] [6]

El Programa de Integración Escolar yo creo que trabaja bien, en el tema de que cada escuela municipal cuenta con un programa de integración y cada programa cuenta con profesores especialistas que están como preparados para apoyar estos niños en el ámbito pedagógico, psicopedagógico, ayudando a los profesores con el tema de las adecuaciones, trabajando con ellos algunas habilidades, en ese sentido está bien implementado las profesoras están capacitadas. [6:23] [36]

Otro de los procedimientos que se identifican, corresponde a la aplicación de instrumentos utilizados en las evaluaciones cognitivas. Específicamente se trata del test psicométrico WISC III versión Chilena, el que tiene a la base una concepción relacionada a la medición de la inteligencia, constructo que se estaría asociando al Déficit Atencional. Esto ya que una parte del test corresponde a una carga factorial denominada “Ausencia de Distractibilidad”, vale decir la capacidad de sostener la concentración. La aplicación del test tendría la finalidad de medir la concentración y de esta forma tener un resultado cuantitativo de esta habilidad.

“El WISC no es tan preciso en indicar si el niño tuviese dificultades de atención, las pruebas complementarias en este caso nos dan luces, pero a veces eso no se ajusta a lo que tu observas” [3:31] [68]

“El trabajo consiste principalmente, bueno por una parte, generar un proceso de Psicodiagnóstico Integral, donde se implementen las baterías psicométricas, que son las más conocidas y clásicas: WISC y WAIS, en conjunto con la entrevista que se le hace al niño, con la que este niño amerita la evaluación cognitiva” [3:2] [24]

“Cada profesional tiene sus distintas funciones, en mi caso como psicólogo, trabajando para el programa de integración mi tarea pasa por evaluar a los alumnos que pertenecen al programa, emitir su diagnóstico, a través de las pruebas que exige el ministerio, hay todo un reglamento donde el ministerio dice que hay instrumentos válidos para emitir un diagnóstico de un alumno, entre ellos está el WISC III. Y neurólogos y psiquiatras pueden emitir otro tipo de diagnósticos como por ejemplo el trastorno por déficit atencional. [6:7] [16]

Además de lo mencionado anteriormente, se propone realizar un Psicodiagnóstico a niños/as y Psicoeducación a los/as docentes como parte del procedimiento.

“Se intenta hacer esto: desde el punto de vista profesional nosotros realizamos un Psicodiagnóstico como también Psicoeducar a la comunidad, a los profesores PIE y a todos los docentes de aula común con respecto al Déficit Atencional” [3:48] [98]

Otra de las características de los procedimientos y evaluación sería la participación de los/as docentes en la pesquisa del TDAH a través de una derivación, concepto que hace referencia a la entrega de un documento propio de los establecimientos donde se expresa las dificultades que estaría teniendo el niño/as en distintos niveles. Esto estaría apuntando al inicio del proceso en el contexto escolar.

“Se necesita una derivación del Profesor Jefe con lo que ha observado, donde va registrando la conducta observada, la parte emocional, el rendimiento, haciendo toda una síntesis y ahí conversamos el diagnóstico y ahí yo tengo que hacer un informe, tengo que llenar in formulario, tengo que hacer otro informe para el Neurólogo si es que es un Déficit Atencional” [5:10] [19]

La segunda categoría de análisis central se denomina **Conceptualizaciones de la Medicación**. Es una de las temáticas en torno al TDAH que surge a partir del marco teórico, pero también de forma emergente. Busca responder a la segunda pregunta de investigación: ¿Cómo conceptualizan la Medicación de niños/as diagnosticados/as con Déficit Atencional, Psicólogos/as de la provincia de Ñuble?

La medicación es el proceso que implica la administración de medicamentos a una persona, también es conocido como Tratamiento Farmacológico, en esta investigación sería específicamente en relación al TDAH. Respecto a este tema Psicólogos/as exponen acerca de tres ámbitos vinculados a la medicación; el primero trata sobre esta temática en el contexto familiar, la segunda aborda el fenómeno en el ámbito escolar y la tercera da cuenta de la actitud por parte de los/as entrevistados/as respecto a la medicación en niños/as diagnosticados/as con Déficit Atencional.

Es así como la primera subcategoría es **Medicación y contexto familiar**, el que se define como la administración de fármacos bajo el control parental de cuidadores/as, dentro del hogar. ¿Cuál es la actitud que perciben Psicólogos/as por parte de las familias?, ¿cómo lo abordan y quienes participan? Son preguntas que se responderán en este apartado de los resultados de la investigación.

Se comunica una actitud positiva por parte de los padres hacia la medicación, atribuyendo esto al discurso médico que realiza una fuerte influencia en las personas. Por otro lado habría algunos cuidadores que accederían a los medicamentos para controlar la conducta del niño/a.

“Por lo general, como una trabaja con familias vulnerables, ellos como que aceptan bastante la opinión de los profesionales, como ven que están medicando, su reacción es más bien positiva, porque lo apoyan bastante, en general buena acogida a la medicación, en general yo veo buena acogida” [3:50] [75]

“la mayoría de los padres para que el niño se quede tranquilo le dan los medicamentos, se los dan en la mañana o la hora que tienen clases más difíciles y los fin de semana no se los dan, de hecho el mismo Neurólogo les dice, dáselo a tal hora, cuando sean difíciles las materias o en vacaciones no se los de, feriados tampoco” [1:35] [59]

“Hay distintos tipos de familias, algunos lo aceptan otros se retractan. Los que no aceptan ni por nada y los que sí porque ven que el niño es más controlable” [6:18] [30]

Sin embargo otros padres y madres tendrían resistencias respecto al tratamiento farmacológico por considerar estos como drogas. Además el nivel educacional sería un factor que ejercería influencia en el momento de suministrar medicamentos.

“Y bueno también hay papás que son más escrupulosos con los medicamentos, los llevan al Neurólogo, les recetan el medicamento y se los pueden comprar pero no se los compran porque han escuchado una cosa, que lo otro, que cómo voy a drogar a mi hijo, que mejor no, lo dejo así, pero son menos los casos esos” [1:34] [59]

“son pocos, de repente papás que tienen un poco más de estudios como que se lo cuestionan más, yo diría que la gente que no tiene estudios como que confía

en lo que dice el médico, lo que le dice el profesor, no discuten más allá” [3:35]
[75]

Otra de las razones por las cuales los padres tendrían resistencias con la medicación, se relacionarían con la presión que ejercería el contexto educativo y en respuesta de esto los padres llevarían a sus hijos a los especialistas médicos. Pero en ocasiones son los mismos niños/as quienes no aceptan continuar con la medicación, específicamente por los efectos secundarios y el cuestionamiento de los pares.

“Cada familia tiene distintas opiniones, hay padres que se oponen al tema de la medicación o en un momento acceden ante la presión de los colegios, por ejemplo sacan la hora al Neurólogo, sacan hora para las pastillas, tienen la receta pero en el momento de dárselas al niño, no lo hacen, es como una resistencia, colaboran con cierta parte para dejar contento al colegio, pero al momento ellos dicen sí, pero no se la dan o de repente los mismo niños dejan de tomarlo porque se sienten de repente cuestionados por sus compañeros, ellos mismos se dan cuenta de que el medicamento los adormece mucho entonces se genera una resistencia” [6:16] [29]

La subcategoría **Medicación y contexto escolar** se define como la administración de medicamentos a niños/as diagnosticados/as con TDAH por parte de establecimientos educacionales y las personas que trabajan allí. Las medidas que se ejercen a través de los fármacos con el objetivo de controlar la conducta hiperactiva.

Dentro del ambiente educativo se aprecian relatos que empatizan con los/as docentes quienes estarían cansados frente a la conducta de niños/as con TDAH. Por otro lado se reporta una asociación entre control conductual y fármacos, también se exponen situaciones que se viven dentro de la escuela y algunos mitos que los/as docentes tendrían en función de sus efectos sobre los/as estudiantes.

Se considera necesaria la medicación debido al cansancio de profesores/as y la necesidad de mantener tranquilos a los/as alumnos/as diagnosticados/as con TDAH, se observa que hay una empatía con la figura del/a profesor/a.

“igual lo entiendo, entiendo a los profesores que estén cansados, yo he estado en cursos enteros y de verdad que yo no podría estar ahí, bueno yo no tengo tanta paciencia, pero los profesores tienen que estar todos los días ahí, haciendo clases, yo hice un taller de media hora y nadie me pescó, estaban todos saltando, nada entonces igual se hace necesario, la medicación o el diagnóstico, pero hay que hacer algo con los niños para que estén más tranquilos en clases” [1:1] [72]

“Pensemos que el sistema educacional está diseñado de cierta forma que tenemos a profesores que deben lidiar con hasta 40 alumnos por sala, cada uno con distintos caracteres y formas de comportarse y a veces es desgastante para los profesores tratar de controlar a estos estudiantes con estas características, sobre todo el que es inquieto ya... entonces lo que el profesor en general quiere es una solución rápida” [6:12] [25]

La presión por parte de los establecimientos educacionales correspondería a otra de las características que expone esta subcategoría. En el contexto escolar se indicaría la necesidad de tranquilizar la conducta a los/as apoderados/as en base a fármacos.

“Depende del colegio, pero como decía la otra vez en Yungay hay un colegio que a todos los niños los tiene con medicación, todos, con o sin déficit y que presiona a los papás, y si los papás no quieren los presiona, los presiona hasta que los papás dicen que sí, los llevan al Neurólogo, les dan la medicación y ahí los dejan tranquilos” [1:39] [67]

La naturalización de la medicación en el contexto escolar se hace presente, ya que se considera necesaria para el control de la conducta agresiva e impulsiva, como también medidas concretas para delimitar el comportamiento disruptivo. El castigo y la medicación como medidas que buscan mantener el respeto en la sala de clases y disminuir el nivel de irritabilidad.

“Nosotros podemos trabajar con ellos algunas técnicas, sobre todo se mezcla mucho con el tema de la conducta, del filtro en clases, llegar y lanzar una grosería y que no le importe que el Profesor esté adelante. De repente se ponen

altaneros, son un poquito desafiantes, te tratan de desafiar y que te enojas para que también ellos se puedan enojar me entiendes... Entonces en ese sentido ha sido un poco complicado porque sabemos que necesitan la medicación, pero ellos requieren medidas, ese es el mayor problema” [2:17] [41]

“Nosotros tenemos alumnos que se mueve harto, que son muy agresivos, entonces los medicamentos bajarían un poco sus niveles de agresividad” [2:39] [79]

“Se mueven un poco menos en la sala y en los casos con los alumnos con agresividad yo he visto muchos cambios, bajan mucho los niveles de agresividad con los medicamentos, con el Aradix y el Neoradix con el que se están medicando también, sobre todo en aquellos que tienen problemas en la agresividad, sí baja su nivel” [2:43] [84]

“Muchas veces teníamos discusiones entre comillas con el director porque él me decía: “mira yo creo que tal estudiante necesita ser medicado” [2:45] [89]

“Yo siento que lo tienen súper naturalizado los chiquititos, porque de hecho se les dice que ellos tiene que tomar sus vitaminas, eso es lo que le dicen a los niños, que se tomen las vitaminas para que les vaya mejor, para que se concentren, entonces los niños dicen: “tía me tengo que ir a tomar mis vitaminas”. Entonces ellos lo ven como algo que les hace muy bien, algo que les hace súper bien” [3:33] [71]

Otro de los relatos da cuenta de una gran cantidad de estudiantes medicados en la actualidad, como también de un método que utiliza una escuela a cargo de la dirección para administrar los fármacos.

“Hay harto niño empastillados, muchos niños, o sea la directora tiene una cajita llena de medicamentos, uno tras otro, con todos los nombres de los niños, los niños van a tal hora a medicarse” [3:17] [40]

Respecto a los efectos que tiene los fármacos en los estudiantes, se expresa dentro de la entrevista que efectivamente regularía su conducta. Pero hay un desacuerdo con la

administración de medicamentos por tener componentes químicos, lo que es cuestionado en relación a sus efectos positivos a largo plazo.

“Bueno yo tampoco he visto como tantos efectos adversos, pero en lo concreto tu vez que el medicamento sirve, en lo concreto tu vez que los estudiantes están más apaciguados, como que se están más concentrando en general, cuando la dosis está bien indicada, tu vez efectos más bien positivos que negativos, eso es cierto, no te lo puedo dejar de admitir, pero aun así no entiendo porque tenemos que utilizar un químico para lograr eso, eso es lo que me choca, porque tenemos que utilizar algo que no es natural, introducirles algo químico a los niños para lograr eso, no sé qué tan significativo va a ser a largo plazo” [3:34] [72]

También se comenta que el objetivo de la administración de medicamentos es elevar los niveles de atención, no controlar la conducta, por lo que profesores/as tendrían expectativas poco ajustadas a la realidad, ya que su interés estaría más vinculado al control conductual.

“La pastilla en realidad es para aumentar sus niveles de concentración por ende debería estar más centrado en su tarea, pero ellas/os tienen esa expectativa, que la pastilla es para calmar el niño entonces por eso yo creo que tienen un concepto súper mágico y que eso le va a ayudar al niño, entonces no está focalizado en entregarles herramientas al niño que le permitan funcionar mejor, sino que lo quieren más tranquilo en la sala” [4:24] [63]

La tercera subcategoría que forma parte de las conceptualizaciones en torno a la medicación, se denomina **Actitud hacia la medicación** de Psicólogos/as. Esta se define como el posicionamiento que toman los/as entrevistados frente al tema. Algunos/as lo ven como necesario y otros/as lo cuestionan.

Se observan argumentos que estarían a favor de la medicación, pero en determinados casos, ya que se aprecia un aumento indiscriminado de estos tratamientos farmacológicos de la actualidad.

“Yo pienso que es buena porque ayuda y de verdad que ayuda, yo he visto niños con y sin medicamentos, pero es exagerado, porque ahora a cualquier niño que se porte mal le dan, para los casos puntuales que realmente lo necesitan es un muy buen apoyo, pero el problema es que ahora se da de manera indiscriminada, a cualquier niño que se porte mal un día se le da medicación” [1:30] [53]

“Es un problema que como te decía esta sobrediagnosticado y que mucha gente piensa que tiene que inmediatamente medicarse antes para superar esta dificultad” [2:37] [75]

“hay una sobremedicación siento yo, porque niño que se empieza a portar un poco mal, derivémoslo al neurólogo y ojalá te lo empastillen, porque es la manera que tiene el Profesor de trabajar con él” [3:18] [40]

“yo estoy de acuerdo cuando es necesario, eso quiere decir que cuando realmente veo a un niño que dentro de mi consulta claramente pierde la atención y está totalmente desfocalizado, que también eso ocurre en la casa y que también ocurre en el colegio que está teniendo malas notas debido a eso, cuando veo que eso si ocurre considero necesario el tema de la medicación” [4:19] [57]

“Por eso considero necesaria la medicación, pero de que es un problema es un problema. Yo en lo personal atribuyo a que los factores externos influyen en esto, por lo que tampoco se puede hacer magia” [4:34] [77]

Dentro de la misma línea, otro argumento tendría relación con un cambio de actitud en el tiempo, teniendo resistencias en un principio, pero que, al ver los efectos tranquilizantes, desde una postura utilitarista, se terminaría por estar a favor.

“Yo era súper reacia y estaba súper en contra de la medicación, de repente he visto a niños pequeños muy medicados, no sé si era una dosis muy alta, pero hoy en día que he trabajado con los chiquillos, a veces es necesario, a veces es necesario que esté esta dualidad entre los fármacos y una Psicoterapia porque yo sé que estarían más tranquilos” [2:38] [77]

Otra de las actitudes se demuestra en contra de la medicación en edades tempranas, a pesar de evidenciar mejoras en el aprendizaje y en la conducta.

“Creo que en algunos casos uno ve, que a algunos niños los centra, se ve que van aprendiendo, se logran concentrar un poco más y tienen avances, pero no estoy de acuerdo cuando se comienza tan pequeños, 6 o 7 años ya los niños están siendo medicados” [3:19] [43]

Una postura en contra comunica la necesidad de adaptarse a la necesidad de niños/as, en lugar de medicarlos para conseguir los fines académicos dentro del contexto escolar. Comprender que existen las diferencias individuales y que lo adecuado sería encontrar la manera de lograr un proceso de enseñanza-aprendizaje adaptado a las características de los/as estudiantes. Y de qué forma, se propone buscar estrategias pedagógicas que permitan la adquisición de contenido.

“Yo lo veo como alguien que es distinto, más que un déficit de algo, yo así lo veo, que ojalá encontráramos la receta de cómo nosotros enseñarles a estos niños para que aprendan pero de otra manera, pero no que son niños que tenemos que medicar para que ellos aprendan, o sea creo que eso para mí sería lo ideal” [3:29] [62]

“Desde el área de los Psicólogos, ya que somos nosotros los que trabajamos más con ese diagnóstico, bueno sí, hay más opiniones con tendencia a que ojalá no sean tan pequeños medicados, a que se agoten todas las estrategias para que el niño aprenda, que la Educadora Diferencial, que la Psicopedagoga que va a apoyar en el Aula se esmeren en crear estrategias para que se logre el aprendizaje, ojalá que se haga eso antes que la medicación, tampoco nunca hemos estado promoviendo la medicación, yo no lo veo así” [3:36] [78]

Se presenta una actitud que estaría a favor en ciertos casos y otras veces en contras, se reporta que es una decisión relativa, lo que evidencia la subjetividad que existe al momento de establecer medidas, tales como el diagnóstico, la derivación o en este caso la medicación, finalmente no son los Psicólogos/as quienes pueden otorgar la receta, pero si se realiza la derivación al especialista médico, se da un paso importante en el camino hacia el tratamiento farmacológico.

“Depende esto es relativo, porque considero que hay niños que tienen Déficit Atencional que necesitan un poco de medicación y considero que hay niños que tienen Déficit de Atención que no necesitan medicación, entonces hay casos donde se medica al niño y uno ve los cambios, los cambios positivos”. [5:25] [47]

“Personalmente no estoy muy de acuerdo, aun así lo entiendo en algunos casos, yo me pongo en el lugar del profesor y sé que para él también es desgastante lidiar con alumnos con estas características, o sea por ejemplo si tú me preguntas y yo tuviera un hijo con esas características, evitaría por todos los medios posibles no medicarlo, a no ser que fuera una última opción” [6:14] [25]

La cuarta categoría de análisis central es **Intervención Psicológica**, la que se define como el conjunto de vivencias en torno a la etapa de intervención posterior al diagnóstico, como también las estrategias empleadas en el trabajo con niños/as diagnosticados/as con TDAH, sus familias y con el contexto escolar. Busca responder al tercer objetivo de investigación, el cual plantea la intención de *Describir las vivencias de Psicólogos/os de la provincia de Ñuble, respecto a la Intervención Psicológica con niñas/os diagnosticadas/os con Déficit Atencional*.

Por otro lado, busca conocer cuáles son las prácticas relacionadas al TDAH, de qué manera se lleva a cabo este trabajo, cuáles son los enfoques que se utilizan y las situaciones a las cuales se han visto enfrentados. En definitiva aproximarse al quehacer Psicológico en este ámbito y la relación que se da con la escuela, las familias y los niños/as.

De esta forma, la primera subcategoría correspondería al **Trabajo con las familias**, la que es definida como el conjunto de experiencias con los/as cuidadores/as, quienes tendrían una participación relevante en la intervención Infanto – Juvenil, tanto para realizar las sugerencias que acuerdan con el/la terapeuta, como para realizar los cambios dentro del hogar. Por otro lado esta categoría da cuenta de los significados que padres, madres y/o cuidadores tendrían respecto al TDAH, lo que podría determinar el abordaje de este diagnóstico.

A modo general los cuidadores no cuestionarían el diagnóstico, otorgando credibilidad al discurso médico, lo que se podría relacionar con el poder de experto que se plantea desde la Psicología Social. Por otro lado, algunos/as mostrarían un apoyo constante hacia sus hijos/as debido a la falta de comprensión por parte de los establecimientos educacionales, como también por el vínculo terapéutico.

“Pero con los papás que he podido trabajar se lo toman súper bien, conocen a sus hijos, saben de sus características hiperactivas, entonces mientras nosotros podamos prestar el apoyo, ellos se muestran súper abiertos, súper colaboradores, siguen las sugerencias que les damos, porque han pasado muchos años de que no han sentido apoyo en los establecimientos anteriores o que nadie ha entendido de verdad o sea vinculado de verdad con sus hijos para poder ayudarlos y aquí lo han encontrado, entonces colaboran con el proceso”.

[2:26] [59]

Una de las intervenciones que se realizan con las familias es la Psicoeducación, que consiste en la entrega de información respecto al diagnóstico TDAH, sus características, ciertas estrategias de crianza y educación. Además se expresa una falta de compromiso por parte de algunas familias que entregarían al colegio la responsabilidad de la tarea formativa.

Finalmente se menciona la importancia de trabajar a nivel conductual en Psicoterapia.

“Que más te puedo decir respecto a la medicación, la verdad es que a veces es necesario, sin embargo siento que debe ser súper estudiado, que debe ser un trabajo en conjunto, el Neurólogo externo que esté tratando al estudiante, el colegio, la familia, porque muchas veces se delega, se piensa que si el estudiante está tomando un fármaco se va a mejorar, pero en realidad hay que hacer una Psicoeducación a la familia, al grupo curso, al colegio, cómo tratar este tema, qué sugerencias, de qué forma se puede trabajar con los estudiantes porque no se soluciona la vida, no te lo va a quitar, no es como un remedio para la diabetes, para el hipotiroidismo, este es un problema muchas veces de conducta y estas conductas se trabajan con Psicoterapia con Psicoeducación en la familia y no siempre con fármacos, sin embargo yo creo que de repente si son necesarios pero en un trabajo dual con la Psicoterapia”. [2:40] [81]

“un déficit atencional por ejemplo, ahí si se les explica a los papás para que ellos entiendan que su hijo, más que nada para aclarar las expectativas, porque ellos vienen con la presión de que su hijo es inquieto por ejemplo, que tiene problemas de atención, entonces hay cosas que no van a cambiar y que el ambiente es el que tiene que modificar o bien el ambiente tiene que promover ciertas condiciones para que el niño pueda funcionar bien” [4:7] [36]

“Los papás vienen y para mí es muy importante ahondar en el ambiente familiar, porque por ejemplo los niños con déficit atencional necesitan un ambiente súper organizado y súper estructurado, con normas claras, con rutinas claras todo como súper establecido, entonces hay muchas familias que llegan acá y poco menos que me dicen: “que se quede el” y yo les digo que no, que la primera consulta tienen que venir solamente los papás, entonces eso de pronto les parece extraño, que quiera trabajar con ellos, me presionan un poco a traer al niño” [4:8] [39]

Sin embargo hay experiencias que dan cuenta de las dificultades a la hora de trabajar con las familias, debido a que las competencias profesionales que no siempre estarían desarrolladas. O por razones más concretas, como la falta tiempo para realizar la coordinación de entrevistas con los/as apoderados.

“El trabajo con la familia es importante, pero no siempre ese triángulo se puede hacer, por tiempo, por coordinación, por competencias también uno como profesional, porque hay casos que igual son difíciles de trabajar” [3:52] [85]

Otros de los argumentos que se exponen frente al trabajo con las familias, se relaciona con la motivación que presentan cuidadores/as para asistir a las sesiones con la Psicóloga. Los padres y madres tendrían un concepto erróneo del trabajo psicológico, debido a que creerían que la intervención sería solo con el/la niño/a diagnosticado/a con TDAH, sin embargo la profesional comenta que si el ambiente familiar no está estructurado con ciertas condiciones ella no podría comenzar a trabajar con los niños/as.

“Yo creo que en general tienden a asumir el tema, pero no siempre, hay que estar motivando un poco para que ellos entiendan que son ellos los que tienen

que asistir a algunas sesiones porque por ejemplo yo no empiezo a trabajar con el niño si el ambiente no es el adecuado, si no hay normas, si no hay reglas, si al niño se le da todo, no empiezo a trabajar si eso no está” [4:11] [42]

Respecto al ambiente familiar se expresan ideas acerca de los problemas que interfieren en el trabajo con niños/as diagnosticados/as con TDAH, mencionando que estos serían inadecuados, carentes de normas, e incluso con violencia.

“hay ambientes que no son adecuados para el niño, ambientes donde hay muchos cambios en el día, donde los papas corren, donde los papás no están organizados, estos niños de por sí por su inmadurez neurológica tienden a tener baja tolerancia la frustración, entonces muchos de estos ambientes tienden a ceder ante el niño que hace pataletas, que se pone irritable, entonces todas estas cosas hay que trabajarlas” [4:40] [39]

“Hay harta violencia, la mayoría de las familias por no decir todas tienen algún grado de disfuncionalidad, ya sea violencia, vulneración de derechos, alcoholismo” [1:5] [23]

“Otro problema son las familias donde están insertos, que generalmente no se si no estén ni ahí con los niños, pero cualquier sugerencia no la toman en cuenta o como son criados a la antigua y de campo, golpe al tiro no más, entonces (dicen): -“que así se le pasa, que así se queda tranquilo”- y en general los papás y las mamás son bien descuidados en ese sentido, en la parte emocional, son más de ver resultados al tiro, o sea ellos no son capaces de esperar dos meses para ver un resultados en el niño trayéndolos al Psicólogo todas las semanas, sino que le mandan un golpe y claro el niño se queda tranquilo y ahí ya no viene más para acá” [1:20] [40]

“creo yo que finalmente hay confusión con el Déficit Atencional, porque hay niños que tengo diagnosticados con Déficit Atencional y si se empieza a hacer una entrevista más a fondo hay problemas de Violencia Intrafamiliar en la casa” [5:15] [29]

Finalmente se observa que una de las estrategias utilizadas por las familias sería realizar recordatorios a los niños/as, como una forma de monitorear su conducta y de esta forma apoyarles de forma externa.

“hay familias que lo han abordado súper bien y familias que no lo abordan, simplemente no lo abordan y las familias que lo abordan siempre es un integrante de la familia puede ser una mamá o un papá o una tía, pero es como la figura significativa del niño y cómo lo abordan digamos, funcionando como recordatorio, he visto que eso ha funcionado, así como: -“Martín, ¿guardaste tu mochila? ¿Echaste tus materiales? ¿Necesitas llevar algo mañana? recuerda que tienes que hacer esto, ¿estudiamos juntos? ¿Te ayudo?”- inventar estrategias, ahí funciona, pero la mayoría no, esos son como los menos, los papás no entienden, los papás piensan que es como la edad del pavo y que los niños son flojos y que como son flojos por eso se excusan de que tienen Déficit Atencional” [5:30] [56]

Trabajo en el contexto escolar reúne información de las experiencias vivenciadas dentro de los establecimientos educacionales por parte de los participantes de la investigación, permite conocer de qué manera se desarrolla la labor psicológica dentro de este contexto específicamente en el abordaje del TDAH.

A lo largo de esta subcategoría se encuentran situaciones vinculadas al equipo que está a cargo de las necesidades educativas especiales dentro de los establecimientos educacionales, las estrategias que se emplean, los obstáculos que interfieren en la labor y la necesidad de llevar a cabo la Psicoeducación de la comunidad estudiantil.

El Proyecto de Integración Escolar (PIE) constituye el espacio donde se busca intervenir el trastorno general del aprendizaje Déficit Atencional, por lo que sería el lugar dentro de la escuela donde se encontrarían los/as especialistas que implementarían estrategias para conseguir dicho objetivo.

“Dentro del PIE la Profesora de educación diferencial ayuda a los Profesores a adecuar las evaluaciones, porque a los chiquillos de repente tenerlos una hora sentados haciendo una prueba, sabemos que no la van a hacer, entonces tenemos que adecuarlos a sus capacidades, a sus formas de aprender,

entonces el tema de la adecuación curricular ha sido súper importante, yo no soy especialista en esa área pero sé que es más sencilla, adecuada a las propias características de los estudiantes” [2:21] [46]

Una de las funciones que cumple el PIE junto a los/as profesores es la elaboración de las Adecuaciones Curriculares, lo que se refiere a la adaptación de las planificaciones para las necesidades educativas especiales de cada estudiante.

“Dentro del PIE la Profesora de educación diferencial ayuda a los Profesores a adecuar las evaluaciones, porque a los chiquillos de repente tenerlos una hora sentados haciendo una prueba, sabemos que no la van a hacer, entonces tenemos que adecuarlos a sus capacidades, a sus formas de aprender, entonces el tema de la adecuación curricular ha sido súper importante, yo no soy especialista en esa área pero sé que es más sencilla, adecuada a las propias características de los estudiantes” [2:21] [46]

“las profesoras por ejemplo tienen que apoyar a los profesores en temas como de adecuaciones curriculares y en la evaluación diferenciada, se supone que ahí hay un mecanismo, los Profesores hacen sus pruebas para todo el curso, pero aparte tienen que hacer una prueba de evaluación diferenciada para los niños de integración esa prueba pasa por el equipo de integración, en este caso por la coordinadora y por la persona que esté en el curso” [5:6] [18]

“tenemos todos los niños diagnosticados, tenemos el programa armado y se supone que se hace una reunión con los Profesores, en consejo de Profesores donde estén todos los entes del Colegio, se presentan los niños con el diagnóstico y se les pide que hay que hacer adecuaciones curriculares con algunos que las pruebas deben llevar ciertas diferencias, que las pruebas tienen que ser más cortas o quizás es necesario tomárselas en distintos tiempos, porque no se cambia digamos la escala, pero si se hacen como todos esas recomendaciones” [5:22] [45]

La segunda estrategia mencionada con fines académico es la Evaluación Diferenciada, una prueba diferente a la de los demás compañeros/as, lo que permitiría adaptarse a los

requerimientos especiales de niños/as diagnosticados con TDAH, como también para estudiantes que reciben ayuda de este programa.

“Las profesoras por ejemplo tienen que apoyar a los profesores en temas como de adecuaciones curriculares y en la evaluación diferenciada, se supone que ahí hay un mecanismo, los Profesores hacen sus pruebas para todo el curso, pero aparte tienen que hacer una prueba de evaluación diferenciada para los niños de integración esa prueba pasa por el equipo de integración, en este caso por la coordinadora y por la persona que esté en el curso” [5:6] [18]

“Se hacen modificaciones, se alarga, se acorta, se conversa con el profe y ahí se hace la prueba, se conversa si es que el niño va a necesitar más tiempo, digamos que necesitan más tiempo, también apoyan mucho en la parte de otros trabajos, trabajos escritos, maquetas o ese tipo de cosas y también los Profesores las tías apoyan mucho a los niños, en horas de recreo, para que los niños vayan subiendo las notas, porque en el fondo se pide mucho el tema del rendimiento escolar” [5:7] [18]

El trabajo con profesores y la estimulación cognitiva es otra de las estrategias que se utilizan para intervenir a niños/as con el diagnóstico. De esta forma se da cuenta de la relevancia de los profesores en el proceso de enseñanza aprendizaje.

“Se trabaja también el tema con los Profesores de cómo enfrentar una clase y como trabajar con estos estudiantes en la sala de clases y nosotros trabajamos estimulación cognitiva con la Psicopedagoga y yo constantemente” [2:22] [47]

“mira acá en el colegio con los alumnos con Déficit Atencional primero tratamos de generar un vínculo, que ellos nos puedan contar si es que lo ven como un problema o no, porque si no lo ven como un problema es bien difícil poder trabajar con ellos, pero los que sí lo ven como un problema, con ellos trabajamos mucho la estimulación cognitiva, principalmente los sacamos por eso de la sala” [2:19] [44]

“Trabajamos ejercicios que mejoren la memoria, la comprensión, la atención, incluso la velocidad del pensamiento, porque el Déficit Atencional, yo me he dado cuenta por mi experiencia, tiene mucho que ver con que sean lentos, con que no terminen una prueba, que les cueste concentrarse incluso entender alguna instrucción dentro de la sala” [2:28] [45]

“Yo como Psicóloga, como que hago muchas cosas, veo como varias áreas, no solamente lo que debería ser lo de estimulación cognitiva, no es solo eso, también está la parte de apoyo emocional, la parte de trabajo con la familia, el trabajo con los profes” [5:8] [19]

La Psicoeducación también tendría lugar dentro del contexto educacional. Un conjunto de estrategias que permitirían llevar a cabo el aprendizaje. Esto en una modalidad taller, con el objetivo de entregar información y herramientas para abordar el diagnóstico TDAH.

“En el trabajo colaborativo también hacemos algunos talleres para los profesores en los cuales tratamos de dar la mayor cantidad de estrategias para que ellos puedan trabajar con los niños en la sala, sobre todo para los hiperactivos e impulsivos, son los que pelean más, los que contestan más a los profesores, entonces como que el Déficit Atencional son los niños que tienen mayor dificultad en todos los ámbitos, porque se enojan porque no les gustó la tarea y salen y pegan y le empiezan a pegar” [5:24] [45]

“la intervención debería ser a nivel familiar, a nivel de profesorado, porque también tenemos que hacernos responsables de Psicoeducar con respecto al diagnóstico, como trabajar con ellos porque de repente uno, claro el profe no sabe trabajar con ellos” [3:42] [89]

“Se intenta hacer esto: desde el punto de vista profesional nosotros realizamos un Psicodiagnóstico como también Psicoeducar a la comunidad, a los profesores PIE y a todos los docentes de aula común con respecto a ciertos diagnósticos de los niños” [3:48] [98]

Por otro lado, se reporta lo exigentes y demandantes que pueden llegar a ser los contextos educacionales, respecto al rendimiento académico y a la disciplina dentro y fuera del aula, lo que presionaría a los/as niños/as y sus familias.

“El sistema educativo es demandante para los niños, también para los profesores, creo que la palabra demandante refleja todo, yo creo que en los colegios hoy en día no se disfruta, hay mucho que cumplir, muchas exigencias, que los profesores están exigidos, entonces les exigen a los niños, que hay mucha competencia, que finalmente están súper focalizados en las notas y no en otros aspectos que son importantes para la vida y para la autoestima de los niños” [4:18] [54]

La inclusión es otro de los conceptos que surgen en relación al trabajo en el contexto escolar, la intervención se estaría llevando a cabo dentro de la sala de clases junto a los demás compañeros/as, no como se realizaba antes, donde los estudiantes con dificultades eran sacados de la sala y apartados de sus pares.

“yo creo que el sistema educativo está cambiando, yo veo los cambios en el Proyecto de Integración, antes los alumnos que tenían un trastorno por Déficit Atencional eran sacados de la sala para trabajar fuera con el especialista y después volvían, hoy se trata dentro de la sala junto a sus compañeros” [2:73] [64]

“el objetivo del programa es el de la inclusión de estos chicos, que antiguamente a estos niños se les atendía en aulas separadas del resto de sus compañeros y eso promovía la exclusión de cierta manera, la discriminación y ahora se pretende que los niños sean integrados con sus otros compañeros en el aula común” [6:2] [6]

La cantidad de alumnos por sala sería un obstáculo para poder trabajar con estudiantes que presentan necesidades educativas especiales, más aun con niños y niñas diagnosticados/as con TDAH, esto atribuido a las características conductuales que presentarían.

“Mira ahí es un tema un poquito más complicado con los profesores, es difícil trabajar pero no imposible, porque muchas veces tienen 30 personas en la sala, porque acá ese es el máximo que se permite jamás vamos a tener 45 alumnos por sala sabiendo las características de nuestros alumnos, entonces tienes 30 en la sala y cinco con Déficit Atencional, entonces te dificultan para hacer la clase, se mueven de un lado para otro, se paran, salen de la sala sin permiso, entonces en ese sentido es medio complicado porque para ellos sería más fácil que estuvieran afuera, entonces a veces es mucho más fácil echarlos de la sala y anotarlos que tenerlos dentro de la sala y que te moleste”. [2:30] [63]

Para finalizar esta última categoría de análisis se mostrarán **Experiencias en el trabajo con niños/as diagnosticados/as con TDAH**, por parte de Psicólogos/as. Esta subcategoría se define como todas aquellas experiencias, acciones o vivencias que se dan en la relación con usuarios o estudiantes, tanto en el ámbito clínico como en el educativo.

Una de las formas que se comentan frente al trabajo con el diagnóstico, es la participación activa de los sujetos en el aprendizaje, por lo que sería necesario escuchar lo que tienen que decir de manera que se esté constantemente en sintonía con las dificultades de los educandos. También se reporta la necesidad de adaptarse a ellos/as.

“Escuchamos mucho también sus propuestas, sus sugerencias de trabajo y siempre yo digo que es un trabajo de todos o sea ellos sugieren y nosotros vemos que podemos llevar a cabo y lo hacemos, o sea escuchar su opinión, escuchar sus sugerencias porque son ellos los que reciben el aprendizaje, son parte activa del aprendizaje” [2:76] [144]

Por otro lado, se observa un buen pronóstico en los pacientes que tienen este diagnóstico, lo cual dependería de la adherencia al tratamiento y a la psicoterapia. Por lo que el trabajo con niños/as diagnosticados con TDAH sería gratificante.

“mi experiencia acá en la consulta particular ha sido bastante gratificante, la verdad es que los pacientes adhieren bastante bien, se logran ver resultados, la minoría como que se estanca y no hay resultados o hay que derivar, o abandonan, pero en general hay un buen pronóstico en la mayoría de los pacientes” [4:4] [27]

“no con el 100% de éxito que yo esperarí, porque depende de factores externos. Pero lo que sí cuando se trata de conductas agresivas, del control de impulsos, la tolerancia la frustración específicamente, los resultados son bastante positivos” [4:28] [70]

Sin embargo, además de percibir resultados positivos, también habría cierta frustración asociada al trabajo con niños/as diagnosticados/as con TDAH, debido a las conductas observadas, lo que generaría empatía hacia los/as docentes.

“La interacción con un niño TDA a veces resulta frustrante con los niños que de verdad tengan este diagnóstico, cuesta mucho mantener su atención, se distraen muy rápidamente, sin inquietos, entonces para la persona que trabaja con ellos es desgastante, entonces por ese lado, se entiende también el desgaste que puede sufrir un Docente, que aparte de trabajar con niños, tiene que tener 20, 30 o 40 niños más, así que en realidad sin chicos bastante demandante, tenerlo continuamente estimulados o haciéndole tareas novedosas, donde hay que estar muy muy pendiente de ellos, en cualquier momento uno se descuida y están haciendo quizás qué cosa, así que son alumnos que requieren harta atención” [6:22] [34]

“Y esto es una cierta desesperanza que me da por que por mucho que yo trate de hacer cosas con los niños no me resulta, si yo veo cambios en la misma sesión, se van para la casa, la próxima sesión cero, vuelven como si nada” [1:24] [44]

“eso me dificulta el trabajo con los niños, porque yo sé que hay niños que con el Déficit u otro problema quieren salir adelante, tienen los recursos para hacerlo, tienen todo para salir adelante pero no pueden por que no vienen para acá, tampoco es la idea, ni tengo el tiempo yo de ir a hacerles visitas siempre, ese es uno de los problemas que me dificultan el trabajo con estos niños” [1:19] [39]

V. Discusión de Resultados y Conclusiones.

Discusión de Resultados y Conclusiones.

En este apartado se darán a conocer las conclusiones realizadas a partir del análisis de datos, en contraste con los antecedentes teóricos. Como también aquellas categorías emergentes que surgen de los relatos que se obtuvieron en el trabajo con los/as participantes.

Respecto a *las experiencias de Psicólogos/as de la provincia de Ñuble en el trabajo con niños/as diagnosticados/as con TDAH*, el objetivo de la investigación es conocer los significados, vivencias y prácticas en torno a este diagnóstico, debido a que la literatura conceptualiza el objeto de estudio como una categoría diagnóstica, pero también es necesario aproximarse a los relatos y subjetividades de profesionales que se vinculan con esta problemática. Además, la presente tesis busca acceder a sus actitudes y cómo se posicionan frente al Déficit Atencional, dentro de un contexto específico y en condiciones particulares. Respecto al objetivo general o a la pregunta de investigación primaria se establece lo siguiente.

En general no se cuestiona la existencia del diagnóstico, sino que se trabaja con una percepción de que la dificultad sería real, de hecho, mencionan en reiteradas ocasiones “el TDAH de libro” lo cual se refiere a la observación total de los criterios diagnósticos en niños/as. Por otro lado, presentan formación profesional específica en torno a esta temática, ejerciendo la labor dentro de mecanismos especializados, tanto del ministerio de educación, como también de equipos municipales y escolares. Por lo que en la actualidad, desde el punto de vista legislativo, como también de las acciones concretas que se implementan, se respaldaría la reproducción de esta categoría social desde un punto de vista esencialista.

De acuerdo con lo reportado por los/as entrevistados/as, se puede concluir que la perspectiva Psiquiátrica o Médica tiene mayor auge, debido a que las percepciones y las acciones realizadas, estarían basadas en estos criterios diagnósticos, como también las intervenciones a nivel individual, familiar y escolar. Una de las entrevistadas visualiza el TDAH como una potencialidad, otorgándole una resignificación diferente, pero la que estaría dentro de los mismos márgenes médicos. Se considera que los diagnósticos permiten la comprensión por parte de los/as usuarios/as respecto a un problema puntual, como una especie de respuesta a los malestares, por lo que los aportes desde el

construccionismo social, referentes a los diagnósticos como categorías creadas culturalmente, aún no se ejercen dentro de la disciplina. En general no se identifican posturas críticas, quizás porque el TDAH ya está institucionalizado y reglamentado, legalmente a través del decreto 170 y a partir de las directrices que establece el ministerio de educación, que en concreto se evidencia en el Programa de Integración Escolar el que opera a nivel municipal y dentro de los establecimientos educacionales. Se concluye respecto a esto que los conceptos teóricos que se encuentran en los manuales Psiquiátricos, son utilizados operacionalmente etiquetando a niños/as. En esta investigación se pretendía acceder a los relatos de los/as Psicólogos/as a partir de preguntas abiertas que no indujeran respuestas, por lo que las actitudes relacionadas al TDAH serían las expuestas en el apartado *Resultados*. Los instrumentos elaborados no tenían como fin establecer una postura u otra, sino que conocer los significados con los que actualmente Psicólogos/as se desempeñan.

1. Respecto de las Percepciones del diagnóstico TDAH por parte de Psicólogos/as:

El objetivo es responder a la primera pregunta de investigación: *¿Cuál es la percepción del diagnóstico Déficit Atencional, que presentan Psicólogos/as de la provincia de Ñuble?*

Las conclusiones son diversas, ya que en cada subcategoría se entrega información específica de cada temática. A continuación se expondrán las reflexiones y discusiones en torno a los hallazgos de la investigación.

Las *percepciones* son un conjunto de significados que se elaboran de manera individual y grupal, a partir de la información obtenida del entorno. Algunos relatos dan cuenta de concepciones relacionadas con el TDAH, pero también se encontraron diversas actitudes hacia el tema. Finalmente, se identificaron contenidos alusivos a los procedimientos y evaluaciones asociados al diagnóstico que se realizan por definición.

1.1 Concepciones del diagnóstico: esta subcategoría de análisis expone los significados en torno al TDAH que presentan Psicólogos/as de la provincia de Ñuble, los que estarían asociados a las representaciones que poseen, las que determinarán su visión a la hora de trabajar con estudiantes, pacientes, familias y escuelas.

La primera concepción se relaciona con que el diagnóstico sería una entidad *Subjetiva*, por ende relativa al juicio clínico de cada especialista. Esto ya que dependería de cada profesional y de las características conductuales observadas en niños/as, sin ir más lejos, hay Psicólogos/as que deciden no derivar a Neurólogo o Psiquiatra, ya que a su juicio no sería necesario si no interfiere en el rendimiento académico.

Otra de las conclusiones se relaciona con el *Sobrediagnóstico* que reportan los/as entrevistados/as, debido a la asociación entre comportamiento disruptivo, agresivo o hiperactivo con el TDAH. De esta forma la evaluación por parte de profesores o padres respecto a la conducta de los/as niños/as generaría más visitas a los especialistas de lo que realmente es necesario.

El *Nivel Intelectual* es otra de las características mencionadas, donde se indica que no tendría correlación con el diagnóstico. Se concluye respecto a esto que al parecer existe una asociación entre un bajo nivel intelectual y el déficit atencional, lo que no es compartido por los reportes de la investigación.

Además de lo anterior, el diagnóstico operaría como una *Solución a los problemas conductuales*, ya que al otorgar esta etiqueta a un niño/a, comenzaría la medicación para tranquilizar su conducta, sin embargo en otros relatos se comenta que los efectos de los fármacos irían sobre la concentración y no sobre la hiperactividad. Se considera que a partir de estos discursos nace una categoría emergente, la cual se denomina *Utilitarismo del diagnóstico*, como una función que estaría teniendo en el contexto escolar y familiar.

La falta de información o *desconocimiento* por parte de los padres acerca del diagnóstico sería otra de las percepciones acerca del TDAH. Sin embargo es de esperar que conocimientos tan específicos no sean manejados por personas que no han estudiado estas disciplinas, por lo que la tarea de los/as especialistas sería facilitar la información, como también Psicoeducar, dependiendo de las subjetividades de cada profesional.

También se considera una percepción en torno al diagnóstico la *Interferencia en el aprendizaje*. Desde la literatura y los relatos, el concepto de Trastorno General del

Aprendizaje toma fuerza entre los/as participantes, por lo que se considera un obstáculo para la consecución de objetivos académicos.

Otras opiniones se vincularían con la concepción de la desatención, como algo que es parte de las personas y sobre lo cual no se debería intervenir.

1.2 Actitud hacia el diagnóstico TDAH: se concluye que en relación a esto, surgen posturas a favor, en contra e integradas. Lo que se evidencia de la siguiente forma.

Se reportan actitudes en contra respecto del *Procedimiento* que utilizan los profesionales de las ciencias médicas para realizar el diagnóstico, ya que se basarían en la conducta señalada por padres, comparando estas con los criterios de los manuales psiquiátricos, sin aplicar instrumentos o exámenes neurológicos.

Por otro lado, habría desacuerdo con el diagnóstico debido a que este constituiría una *Etiqueta Negativa*, en lugar de esto se propone resignificarlo como una *Potencialidad*.

Continuando con las actitudes desfavorables respecto al diagnóstico, debido a las características negativas que significan ser diagnosticado/a con TDAH, se considera que estos hechos propiciarían la *Estigmatización* de niños y niñas en etapa escolar, por lo que se consideraría como algo negativo.

Sin embargo, también se comunican *Posturas dicotómicas o integradas*, las que no se posicionarían ni a favor ni en contra, argumentando que de acuerdo a la literatura el TDAH tendría orígenes neurológicos o ambientales.

Posicionamientos a favor expresan que efectivamente el TDAH existe en niños/as, a esto se le denominaría *TDAH de libro*, haciendo referencia al cumplimiento total de los criterios diagnósticos.

Otra de las actitudes que se presenta en la investigación, dice relación con el desacuerdo hacia el diagnóstico, ya que muchas veces se trata de *otros factores* que explicarían de

forma más certera las dificultades atencionales; conflictos familiares, emocionales y/o maduracionales.

1.3 Procedimientos y evaluación: dentro de esta subcategoría, que expone concepciones prácticas del TDAH, se concluye que la inclusión, la inteligencia, la Psicoeducación y la derivación de los docentes formarían parte de estos resultados. Estos conceptos se traducen a hechos concretos, los cuales se detallarán a continuación.

En primera instancia se hace alusión al concepto de *Inclusión*, esto derivado del Programa de Integración Escolar. Lo que se propone es abordar el TDAH dentro del aula y no fuera como se hacía antiguamente, de manera que se adapten las estrategias a las necesidades educativas especiales de los/as estudiantes. De todas maneras esto constituye un avance para la educación en cuanto al apoyo entregado a maestros/as, como también a estudiantes, sin embargo también se relata que este apoyo no siempre sería efectuado de una manera óptima, sino que se realizarían estrategias no planificadas con anterioridad, de forma que estaría los/as profesores/as especialistas sentados/as a un costado del niño/a indicándole que escriba, que mira hacia el frente, que no se distraiga, el lugar de reforzar o entrenar la capacidad atencional.

Dentro de la *Aplicación de Instrumentos*, se señala la utilización de las baterías psicométricas para medir la atención o Ausencia de Distractibilidad. Esto daría cuenta del concepto de *Inteligencia* incorporado en los procedimientos y evaluaciones que realizarían Psicólogos/as. Por lo que formaría parte de la percepción que ellos/as tienen en el abordaje del TDAH.

Otros de los conceptos asociados al TDAH son el *Psicodiagnóstico Integral* y la *Psicoeducación* que se debe realizar a las familias y contextos educacionales.

Finalmente, se da relevancia a la participación de los/as docentes en la *Pesquisa* de las dificultades que presentarían niños/as diagnosticados/as con TDAH. Se observa que en general son estos profesionales quienes reportan las conductas de estos/as estudiantes.

2. En relación a las Conceptualizaciones de la Medicación que tienen Psicólogos/as:

Las conclusiones se dan a partir de las percepciones de Psicólogos/as frente al tratamiento farmacológico que se utiliza con niños/as diagnosticados/as con TDAH. Respecto de esto, se considera un tema relevante en la actualidad, ya que se reporta un aumento en esta práctica médica, lo que no dejaría indiferentes a los/as participantes de esta investigación. Se observan diferentes actitudes hacia la medicación, pero una de las cosas más relevantes que se obtienen a partir de las entrevistas, es la utilización de los medicamentos para tranquilizar el comportamiento hiperactivo e impulsivo de niños/as. Desde la Psicología del desarrollo, la infancia se caracteriza por necesitar del juego para comunicarse y aprender, lo que entraría en contradicción con las peticiones docentes de mantener en silencio a los estudiantes, dentro de un aula muy estructurada. Quizás el afán es incorporar normas y límites para “adaptar” a los/as niños/as al entorno social o para un futuro laboral, sin embargo, es claro que el ambiente escolar no sería adecuado para el normativo desarrollo de los/as sujetos/as en etapa escolar y que la medicación no permitiría la libre expresión de las conductas propias de la niñez.

2.1 Medicación y contexto familiar: en esta subcategoría se encontraron versiones que dan cuenta del abordaje que realiza la familia en torno a la medicación. Cuáles son sus percepciones y actitudes a la hora de administrar fármacos a sus hijos/as.

Hay quienes aceptan estas sugerencias por parte de los especialistas médicos, como también algunas familias lo rechazan, esto dependería del nivel educacional, al discurso médico y el poder de experto que ostenta, a la percepción de los medicamentos como drogas y a la presión de los establecimientos. Distintos elementos que de una u otra forma modificarían el actuar de las familias frente a los fármacos. Se concluye que en general las familias aceptan el tratamiento multimodal sin cuestionar mayormente la administración de medicinas, son pocas las que buscan tratamientos alternativos, de acuerdo a los relatos que manifiestan los/as participantes.

2.2 Medicación y contexto escolar: dentro de esta parte de los resultados, se observa que la medicación está instalada como una estrategia para modificar la conducta de niños/as. Por un lado, se considera necesaria, ya que los/as docentes tendrían un

desgaste producto de la indisciplina, a lo que la medicación daría respuesta. En otro aspecto de la medicación, existiría una presión por parte de los establecimientos hacia los padres o apoderados. La naturalización de la medicación como algo normal, disfrazado de “vitaminas” refuerza la idea de los beneficios que tendría esto en la mejoría de las dificultades conductuales.

2.3 Actitud de Psicólogos/as hacia la Medicación: en esta tercera subcategoría se aprecian distintas posturas frente al tema, pero habría una oposición general a realizar esta práctica con niños/as muy pequeños/as, argumentando que se verían muy afectados/as por los efectos secundarios de los fármacos. Sin embargo por otro lado, hay posturas a favor por parte de los/as participantes, ya que mencionan que: -“ayudan, de verdad ayudan”- nuevamente desde un punto de vista utilitario y no reflexivo, ya que no porque algo solucione un problema se evalúa como algo que no hace daño.

Por otro lado se concluye que es una temática en la que Psicólogos/as colaboran a partir de la derivación a especialistas médicos, pero que se podría evitar. Esto a partir del juicio clínico y la subjetividad de cada profesional.

3. Y en relación a cómo vivencian Psicólogos/as la Intervención Psicológica en niños/as diagnosticados/as con TDAH:

Las experiencias son diversas y se vinculan con tres ejes principales; el trabajo con la escuela, la intervención con las familias y las propias experiencias en el trabajo con niños/as diagnosticados/as con TDAH. A modo general se observa que existen estrategias elaboradas para el trabajo con este diagnóstico, sin embargo no lograrían responder a las demandas de los establecimientos ya que no modificarían la conducta de niños/as. Se menciona la estimulación cognitiva para ejercitar la atención y diferentes funciones ejecutivas y verbales, pero esto no apuntaría a tranquilizar la conducta de niños/as. La pregunta es ¿Tiene sentido tranquilizar conductas que son propias de la edad? ¿Beneficia al niño/a utilizar un enfoque conductista? Interrogantes que visibilizan las necesidades de los/as pequeños/as frente a las demandas escolares que dan prioridad a la disciplina antes que la salud mental de sus estudiantes.

3.1 Trabajo con las familias: dentro de esta subcategoría, se le entrega la responsabilidad a la familia para modificar ciertas pautas que fomentarían las dificultades conductuales en niños/as diagnosticados/as con TDAH. Como por ejemplo la organización y estructuración del hogar, en cuanto a los horarios, las normas y los límites. Los estilos autoritarios de crianza. La pérdida del control por parte de cuidadores, lo que aumentaría la impulsividad en niños/as por medio del aprendizaje vicario, entre otros factores.

3.2 Trabajo en el contexto escolar: aquí se encuentran experiencias entorno a las prácticas que se realizan dentro de los establecimientos. Se evidencia una relevante labor de los equipos pertenecientes al Programa de Integración Escolar, como también de la importancia que tiene el trabajo multidisciplinario de profesionales provenientes de distintas áreas.

Se considera que aún no está claro el rol del Psicólogo/a en esta área, ya que se desconocen las funciones que estos/as desempeñan, sin embargo ejercen el poder de expertos y en general las indicaciones son tomadas en consideración.

Finalmente se llega a la conclusión referente a las estrategias que se utilizan en los establecimientos, como son las adecuaciones curriculares y las evaluaciones diferenciadas.

3.3. Experiencias en el trabajo con niños/as: esta última categoría permitió conocer las vivencias entorno a la intervención con quienes reciben esta etiqueta psiquiátrica. Quizás hay quienes se niegan o están a favor de los diagnósticos psiquiátricos, pero lo cierto es que en la actualidad han tomado mucha fuerza, ya sea por el decreto 170 o por todas las acciones concretas que se llevan a cabo. Entonces a partir de esto las experiencias darían cuenta de dificultades para abordar el TDAH, como también de aquellos procesos que han tenido éxito.

Se concluye que el vínculo tiene especial relevancia a la hora de trabajar con niños/as diagnosticados/as, que el seguimiento y Psicoeducación debe ser constante en el tiempo para lograr la adaptación a los espacios familiares y académicos. Se hace necesario comprender el mundo interno y externo de los/as estudiantes, sin cuestionarles, sino que

entregándoles herramientas para aportar en su bienestar psicosocial, para disminuir los efectos nocivos del etiquetaje y la medicación, en definitiva un trabajo colaborativo con un enfoque transversal de derechos.

Limitaciones y proyecciones de la investigación.

En relación a las limitaciones de la investigación, se considera en algunos casos, que el contexto donde se llevaron a cabo las entrevistas no favoreció la espontaneidad de las respuestas, por lo que podría haber un sesgo debido al entorno laboral o al tiempo con el que disponían psicólogos y psicólogas.

Además de lo mencionado anteriormente, la naturalización del diagnóstico, como una idea hegemónica a partir del discurso médico, genera limitaciones al momento de intervenir, ya que en ocasiones no se cuestiona este, dejando de considerar otros factores que interfieren en la conducta y aprendizaje de los/as niños/as en edad escolar.

Debido a esto hay implicancias patologizantes sobre las personas diagnosticadas con TDAH, generando etiquetas negativas que reducen las acciones potencialmente realizables, desembocando en diversos efectos perjudiciales para niños/as. Sin embargo, el objetivo principal de la investigación fue conocer la experiencia de los/as participantes en el trabajo psicológico con el objeto de estudio, en definitiva aproximarse a los relatos y significados lo más verídicos posibles, para exponer las herramientas actuales con las cuales enfrentan la intervención un grupo de psicólogos/as. En otras palabras la intención era caracterizar el estado actual del TDAH dentro de la disciplina psicológica. En base a esto se concluye que es necesario incorporar la problematización de los diagnósticos psiquiátricos, más allá de la utilidad que pudiesen tener, poniendo como prioridad la autoestima y autoconcepto de niños/as en pleno desarrollo.

Las proyecciones que se consideran producto de esta investigación, tienen relación con la posibilidad de contrastar los relatos de psicólogos/as con lo que ocurre al interior de los establecimientos educacionales, ya que de acuerdo a la información entregada por los/as profesionales de salud mental, los/as docentes en la actualidad solicitan a los/as

apoderados/as dirigirse donde los/as neurólogos/as o psiquiatras, para la medicación. De esta manera, se establece como necesidad explorar esto al interior del contexto educacional para problematizar la medicación que ha tenido tanto auge.

Además de esto, sería interesante conocer las percepciones de los/as actores/as claves en el proceso de diagnóstico, desde que se atribuye el TDAH a la conducta infantil, hasta que se generan las derivaciones a especialistas. Saber qué piensan y cuáles son las motivaciones para diagnósticas con TDAH a estudiantes que no se ajustan con las normas impuestas por la sociedad.

Finalmente, a nivel de la academia, sería relevante hacer una revisión de la formación docente, con el objetivo de incorporar mayor información con respecto a los diagnósticos psiquiátricos y sus implicancias en la vida de las personas.

Referencias.

- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Comprendiendo Actitudes y Prediciendo la Conducta Social*. New Jersey: Prentice – Hall, inc.
- Álvarez-Gayou, J. (2005). *Cómo Hacer Investigación Cualitativa*. Fundamentos y metodología. México: Paidós Educador.
- Beltrán, T. (2007). *El Aprendizaje Cooperativo en el Desempeño Escolar y Comportamiento Social del Niños de Preescolar con Trastorno de Déficit de Atención por Hiperactividad TDAH*. Tesis para optar a Maestra en Educación. Universidad Pedagógica Nacional, Sinaloa.
- Bados, A. (2008). *La Intervención Psicológica: Características y Modelos*. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. España.
- Blasco, T. (2008). *Técnicas conversaciones para la recogida de datos en Investigación Cualitativa: La entrevista Nure Investigación*. Vol 21 (4)
- Bollnow, O. (2001). *Introducción a la Filosofía del Conocimiento. La comprensión previa y la Experiencia de lo Nuevo*. Amorrortu Editores: Buenos Aires.
- Bravo, L. (2002). *Psicología de las Dificultades del Aprendizaje Escolar*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile.
- Callejo, J. (2002). *Observación, Entrevista y Grupo de Discusión: El Silencio de Tres Prácticas de Investigación*. Revista Española de Salud Pública. 76(5), 409-422.
- Capponi, R. (1987). *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica*. Editorial Universitaria. Primera Edición.
- Carr, A. (2009). *La efectividad de la Terapia Familiar y Sistémica en la Intervención con niños*. P. 31:3 – 45.
- Cea, M. (1999). *Metodología Cuantitativa. Estrategias y Técnicas de Investigación Social*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Cho, J. y Trent, A. (2008). *Validity in qualitative research revisited*. Qualitative research, 6, 3, 319 – 340.

- Colegio Oficial de Psicólogos (1998). *El perfil del psicólogo clínico y de la salud*. Papeles del Psicólogo, 69, 4-23.
- Condemarín, M. (2012). *Déficit Atencional: Estrategias para el diagnóstico y la Intervención Psicoeducativa*. Editorial Planeta Chilena, Santiago de Chile.
- Cornejo, M. y Rojas, N. (2011). *Rigor y calidad metodológica: un reto a la investigación social cualitativa*". Psicoperspectivas.
- Etchepareborda, M. (2009). *Aspectos Controvertidos en el Trastorno de Déficit de Atención*. Laboratorio para el Estudio de las Funciones Cerebrales Superiores, Buenos Aires. Revista Medicina, vol. 69, n°1.
- Faraone, S. (2003). *Prevalencia del TDAH a nivel mundial: es una condición Americana*. Editorial Mundo Psiquiátrico, 2:2, 104-13.
- Folgueiras, P. (2009). *Métodos y Técnicas de Recogida y Análisis de Información Cualitativa*. Universidad de Barcelona, Buenos Aires.
- Foucault, M. (2006). *El Nacimiento de la Clínica: Una Arqueología de la Mirada Médica*. Buenos Aires. Siglo XXI.
- Franco, A. (2012). *Temas Controversiales en el TDAH*. Revista Latinoamericana de Bioética. Bogotá. Vol. 12, N°2.
- García, J. (2012). *¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)?*. Evidencia Pediátrica, 8, 51.
- Grau, M. (2007). *Análisis del Contexto Familiar en Niños con TDAH*. Universidad de Valencia, tesis doctoral. España.
- Heller, A. (1991) *Sociología de la Vida Cotidiana*. Ediciones Península: Barcelona.
- Huepe, M. (2008). *Subvención educacional para alumnos vulnerables y sus efectos en la distribución de oportunidades*. Documentos de Trabajo PNUD. Recuperado de http://www.pnud.cl/areas/reproducciónpobreza/2012/2008_4.pdf
- Iñiguez, L. (1999). *Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales*. Atención Primaria. Jensen, P. y Cooper, J. (2002) *Desorden Déficit Atencional con Hiperactividad*. Estado de la Ciencia. New Jersey.

- Lasa, A. (2001). *Hiperactividad y Trastorno de la Personalidad*. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. Revista de SEPYPNA, 31/32: 5-83.
- Mas, C. (2009). *El TDAH en la Práctica Clínica Psicológica*. Revista Clínica y Salud. Vol. 20 N° 3. Madrid, España.
- Martínez, S. (2012). *Diseños de Investigación Cualitativa*. Cátedra presentada en la asignatura de Metodología de la Investigación II, Universidad del Bio-Bio, Chillán.
- Martínez, M. (2006). *Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa*. Paradigma.
- Mayring, P. (2000). *Qualitative Content Analysis. Forum: Qualitative social research*. Volumen 1.
- Mercado, M. (2013). *Paradigmas de Investigación en Ciencias Sociales*. Cátedra presentada en la asignatura de Metodología de la Investigación I, Universidad del Bio-Bio, Chillán.
- Mondragón, L. (2007). *Ética de la Investigación Psicosocial*. Revista Salud Mental. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón dela Fuente. Vol. 30, n° 006, pp. 25-31. México.
- Montenegro, M y Pujol, J (2003). *Conocimiento Situado: Un Forcejeo entre el Relativismo Construccionalista y la Necesidad de Fundamentar la Acción*. Revista Interamericana de Psicología, Vol. 37, Núm. 2 pp. 295-307.
- Morales, J. (2011). *Fenomenología y Hermenéutica como Epistemología de la Investigación*. Departamento de Filosofía, Facultad de Educación, Universidad de Carabobo. Revista Paradigma, Volumen 32.
- Ossa, C. (1999). *Representaciones Sociales de Profesores de Enseñanza Básica de una Comuna Urbana sobre la Educación*. Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología.
- Piedrahita, S. (2011). *Intervención Educativa para Promover el Conocimiento del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) con Padres de una Institución Educativa*. Revista Enfermería Global, Colombia.
- Peña, M. (2013). *Análisis Crítico del discurso del Decreto 170 de Subvención Diferenciada para Necesidades Educativas Especiales: El diagnóstico como herramienta de*

- gestión*. Revista Psicoperspectivas, individuo y sociedad. Vol. 12, n°2. Universidad Diego Portales, Chile.
- Quintana, I. (2012). *La Escuela y La Atención a La Diversidad, un desafío de hoy*. Cátedra presentada en la asignatura de Psicología Educacional III, Universidad del Bio-Bio, Chillán.
- Redondo, J. (2005). *El experimento chileno en educación. ¿Conduce a mayor equidad y calidad en la educación? Última década*, 13 (22). 95 – 110.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga. Aljibe.
- Roizblatt, A. (2003). *Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad en Adultos*. Revista Médica Chile, Chile. Vol. 131, n° 10.
- Salazar, O. (2009). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Número 161, Fundación Valle del Lili.
- Saralegui, A. (2013). *Revisión sobre el uso de metilfenidato para el tratamiento de la astenia en pacientes paliativos*. Anales del sistema sanitario de Navarra. Vol. 36, N° 2.
- Sauceda, J. (2005). *Medicamentos estimulantes en el tratamiento del TDAH*. Plasticidad y Restauración Neurológica. Vol. 4, N° 1-2
- Taylor, S. (1992). *La Entrevista en Profundidad*. En S. Taylor y R. Bogdan Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós.
- Tizón, J. (2007). *El niño hiperactivo como síntoma de una situación profesional y social: ¿mito, realidad, medicalización?* Formación Médica Continua en Atención Primaria. Barcelona, España.
- Urzúa, A. (2009). *Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad en Niños Escolarizado*. Revista Chilena de Pediatría, Chile.
- Valverde, M. y Inchauspe, J. (2013). *Alcance y limitaciones del tratamiento farmacológico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños y adolescentes y*

Guías de Práctica Clínica. Revista de la Asociación de especialistas en Neuropsiquiatría

Vega, R. (2007). *“Bioidentidad y Medicalización: Una Lectura Biopolítica del Tdah”.* Arteterapia, Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social. Vol. 2.

Wender, PH. (1985). *Estudio control de metilfenidato en el tratamiento del Trastorno por Déficit Atencional.* Revista de Psiquiatría; 142: 547-52.

VI. Anexos.

Anexo n° 1: Consentimiento Informado.



Universidad del Bío Bío
Facultad de Educación y Humanidades
Departamento de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología



CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN DE TESIS:

Experiencia de Psicólogos/as en el trabajo con niños/as diagnosticados/as con Déficit Atencional.

Información sobre la investigación de tesis.

Usted ha sido invitado/a a participar de una investigación que busca conocer la experiencia profesional de Psicólogas/os de la ciudad de Chillán, en el trabajo con niños/as diagnosticadas/os con Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad - Impulsividad.

Antes de tomar la decisión de participar en la investigación, lea cuidadosamente este formulario de consentimiento y discuta cualquier inquietud o duda que usted tenga respecto a este proceso, con el investigador.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

Su participación es voluntaria y anónima y puede retirarse en el momento que usted desee sin perjuicio alguno para usted.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Bastián Antonio Gutiérrez Jara, RUT 17.748.881 – K, Licenciado en Psicología de la Universidad del Bío-Bío.

He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es conocer la Experiencia de Psicólogos/as de la ciudad de Chillán, en el trabajo con niños/as diagnosticados/as con Déficit Atencional.

Me han indicado también que la entrevista durará entre 45 minutos y una hora cronológica, la cual es necesario grabar.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado/a que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a:

Bastián Antonio Gutiérrez Jara.

Fono: 84166434.

Correo electrónico: bguetierr@alumnos.ubiobio.cl

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del/la Participante:

_____.

Firma del/la Participante: _____.

Fecha: _____.

Anexos n° 2: Entrevistas.

Psicólogo 1.

Entrevista N° 1

- Fecha de la entrevista: miércoles 7 de octubre de 2015.
- Hora: 16:30 hrs.
- Duración de la Entrevista: 47 min. con 21 segundos.

1. Buenas tardes ¿Cómo está?

R: bien gracias.

2. ¿Dónde nos encontramos, qué características tiene este lugar?

R: Bueno este es Campanario, una localidad de la comuna de Yungay, que tiene aproximadamente 5.000 inscritos en este consultorio, hay más personas, pero no están inscritas.

La mayoría de la gente no completó la educación media, son contadas con los dedos de la mano las personas que tienen una educación técnica o universitaria.

Son personas de una zona rural, donde generalmente el hombre sale de la casa a trabajar, provee y la mujer cuida a los niños, trabajan generalmente los hombres en la planta de Cholguan o en trabajos de campo, entre agrícola y forestal de manera independiente, aun así las mujeres salen a hacer aseo, a recoger frutas como para subsistir.

Hay harta violencia, la mayoría de las familias por no decir todas tienen algún grado de disfuncionalidad, ya sea violencia, vulneración de derechos, alcoholismo, niños con algún tipo de patología.

Bueno también aparte de que esta distanciado geográficamente de Yungay y de Cabrero no es como salir a caminar y llegar a alguna de las dos partes, también llega un momento donde están las casas muy dispersas una de la otra, por ejemplo en Ranchillo, o acá si uno va más para allá (señala con la mano apuntando en dirección norte) a otras poblaciones, ya las casas no están una al lado de la otra, sino que están más lejos una de

la otra, entonces eso igual complica un poco la comunicación de la gente ya sea con los vecinos o con el mismo consultorio, yo tengo pacientes que les gustaría venir más seguido pero no pueden porque no tienen como llegar, entonces eso igual dificulta un poco, eeh la locomoción también es mala, no todos tienen auto y todos dependen de las micros no más.

3. ¿Cómo es el funcionamiento del consultorio a nivel de salud mental?

R: Bueno el programa de salud mental todavía no logro armarlo, darle alguna forma definida y buena. Cuando llegue el año pasado acá en agosto, la evaluación desde el servicio de salud era con una nota roja, que fue un tres y tanto, malo, eeh pero aun así hemos tratado de hacer algunas cosas en gestión para poder armarlo un poco mejor.

Y bueno, yo soy el Psicólogo, hay una Trabajadora Social que también ve casos conmigo, hacemos visitas domiciliarias. Hay una doctora encargada de salud mental que ella también ve casos, ella me los deriva a mí o yo se los derivo a ella, pero ahí estamos en comunicación. De repente discutimos casos puntuales, ya sea si hay que hacer seguimiento, que medicamentos, que terapia.

Bueno en general aquí en el consultorio está como abandonado y yo quisiera hacer más cosas pero o no hay recursos o no hay tiempo o a veces yo motivo al resto del equipo del consultorio pero no quieren mucho porque, no es que les dé lo mismo, pero hay cosas más importantes, según mi punto de vista, pero a veces quiero hacer reuniones y no va nadie, cosas de ese tipo, entonces eso igual me cuesta porque me siento más solo tratando de sacar a los pacientes, de ayudarlos, ahora si yo cometo un error ahí llegan todos a retarme pero eeh si yo trato de hacer algo bueno nadie lo toma en cuenta, pero en realidad eso me imagino pasa en todo Chile, por las cosas que uno ve en la tele o lo que uno comenta con otras colegas, que en realidad la salud mental está bien dejada de lado por las autoridades, por los mismos pacientes que a veces tiene hora y no vienen, pero a la Doctora van siempre, u otros controles de

Kinesiólogos, pero acá vienen si tienen tiempo y si ese tiempo coincide con las ganas, entonces hay un nivel de ausentismo de pacientes específicos.

4. ¿Con qué motivos de consulta asisten los pacientes a Salud Mental del Cesfam de Campanario?

R: Mujeres con pareja o casadas, la mayoría o un buen porcentaje, quizás el 50% sufre o ha sufrido violencia de pareja o violencia cuando eran niñas en sus familias de origen y la mayoría viene por problemas de ansiedad o depresión, yo diría que ahí el 90%. Ansiedad, Depresión, Crisis de Pánico, que no pueden dormir, que no le encuentran sentido a la vida, que no pueden dejar a sus parejas, que están aburridas, que no saben qué hacer, eso más que nada.

5. Y de la población Infantil ¿qué tipo de problemáticas presentan?

R: La mayoría son problemas de Depresión, de Ánimo y Déficit Atencional o problemas del comportamiento en el colegio, eso es como a grandes rasgos lo que más pasa, habrá uno que otro caso de... tengo un par de niños con crisis de pánico, adolescentes de 14 años, que son como dos o tres, los demás son todos pacientes Depresivos y con problemas del comportamiento, más que nada es que son agresivos, más que no hagan caso o que no hagan las tareas, es que son agresivos, ya sea en el colegio o en la casa, en las dos partes, no hay mucha diferencia en que en una u otra parte se porten mejor o no.

6. Y respecto al Déficit Atencional ¿Cómo ha sido su experiencia en el trabajo con estos niños/as diagnosticados/as?

R: Yo diría que la evalúo más como negativa, porque de no ser por los medicamentos que le da el Neurólogo o Psiquiatra, o los que los papás se consiguen de alguna manera... Yo no veo mayores avances, por varias cosas en realidad: primero porque como yo te decía no tengo tanto paciente como para tener que citarlos una vez al mes, yo si quisiera podría citarlos todas las semanas, tengo tiempo disponible y todo, pero los papás no los traen y los niños no salen solos, los papás como que lo miran en menos, no se la verdad no le he preguntado a la gente, pero no los traen o se motivan las tres o cuatro primeras sesiones y después ya no vuelven, eso me dificulta el trabajo con los niños, porque yo sé que hay niños que con el Déficit u otro problema quieren salir adelante, tienen los recursos para hacerlo, tienen todo para salir adelante pero no pueden por que no vienen para acá, tampoco es la idea, ni tengo el tiempo yo de ir a hacerles visitas siempre, ese es uno de los problemas que me dificultan el trabajo con estos niños.

Otro problema son las familias donde están insertos, que generalmente no se si no estén ni ahí con los niños, pero cualquier sugerencia no la toman en cuenta o como son criados a la antigua y de campo, golpe al tiro no más, entonces (dicen): -“que así se le pasa, que así se queda tranquilo”- y en general los papás y las mamás son bien descuidados en ese sentido, en la parte emocional, son más de ver resultados al tiro, o sea ellos no son capaces de esperar dos meses para ver un resultados en el niño trayéndolos al Psicólogo todas las semanas, sino que le mandan un golpe y claro el niño se queda tranquilo y ahí ya no viene más para acá.

7. De acuerdo a lo que usted menciona ¿cómo observa la violencia al interior de estos hogares?

R: Todos los casos con déficit atencional que he visto, todos todos tienen problemas en las familias, de una y otra cosa, no sé si de violencia, que les peguen a ellos o que haya violencia en la casa, pero si he escuchado hartos que los niños o los papás no juegan con ellos o no les gustan las materias, no hacen las tareas y los papás se enojan y los retan, o hay negligencias quizás un poco más sutiles, pero que a lo mejor los niños se dan cuenta (de esto), entonces yo creo que si esos problemas no estuvieran, el déficit o sería menos o no existiría, o si existe sería mucho mejor manejado, y a lo mejor no necesitarían las pastillas, pero veo que como están esos problemas el déficit no se les va a pasar yo diría que nunca a los niños mientras estén en esas familias.

Y esto es una cierta desesperanza que me da por que por mucho que yo trate de hacer cosas con los niños no me resulta, si yo veo cambios en la misma sesión, se van para la casa, la próxima sesión cero, vuelven como si nada.

8. ¿Y en ese sentido el trabajo con la familia cómo se ha ido dando?

R: No, igual los niños no vienen, es bien poco los papás que les interesa realmente trabajar estos temas, por ejemplo un caso puntual que me acuerdo de un niño de 11 años que tenía Déficit, tenía problemas de obesidad, ansiedad, tenía todos los problemas y la mamá vino para acá, lo quería ayudar, vino hartas veces, trajo al papá también para que el papá se relacionara mejor con el niño y ahí quedó todo, no han vuelto y no es que no puedan venir viven cerca, yo a veces voy al consultorio que está allá y veo que están esperando a la matrona que se yo o al médico y no vienen para acá.

9. ¿Qué podría estar ocurriendo en esa familia, por qué no asisten?

R: Yo creo que podría ser por falta de interés y porque la mayoría de estos niños ya sea por definición de trastorno o no, quieren todo rápido, al tiro, no toleran una demora en la gratificación y eso en la terapia no se va a dar, nunca con una sesión van a quedar bien, nunca. Entonces yo les podría decir que después de varias sesiones, de varios meses tu podrías empezar a cambiar y no lo van a aguantar y si no hay resultados a la tercera, cuarta sesión ya no asisten, se desaniman, a parte que igual muchos niños vienen ya medicados o sino otro van después, entonces ven que con los medicamentos tienen cambios y ahí se quedan, entonces no necesitan otras cosas porque están portándose bien con los remedios.

10. ¿Qué opina usted acerca de la medicación?

R: Yo pienso que es buena porque ayuda y de verdad que ayuda, yo he visto niños con y sin medicamentos, pero es exagerado, porque ahora a cualquier niño que se porte mal le dan, para los casos puntuales que realmente lo necesitan es un muy buen apoyo, pero el problema es que ahora se da de manera indiscriminada, a cualquier niño que se porte mal un día se le da medicación, y la gente incluso ahora el Déficit Atencional pasó a ser un tema popular como la depresión que la gente se diagnostica sola, ya ven a los niños y dicen: -“aaaaa tú tienes Déficit Atencional”-, al tiro así, sin ir al médico ni nada, tú tienes Déficit Atencional, ya su diagnóstico.

Entonces igual yo pienso que la medicación al igual que en el resto de las patologías de la salud mental o tratamiento de salud mental es buena cuando es acorde y se justifica, pero si se va a dar de manera exagerada, se le va a dar como una especie de calmante para evitar traerlo al psicólogo o evitar intervenir en las familias, para que se queden como tranquilos, yo ahí no estoy de acuerdo, para nada.

11. ¿En este Consultorio, cuál es el conducto regular para que los niños sean medicados?

R: Generalmente los niños acá van de manera particular al Psiquiatra o Neurólogo, bueno tienen FONASA y todo, pero me refiero a que la gestión la hacen ellos y ellos van y piden la hora, porque la hora con Neurólogo Infantil por derivación de nosotros digamos se demora mucho, un año y medio en promedio de hecho el año pasado un niño pidió en

marzo una hora para Neurólogo Infantil y le llegó como la semana pasada y a lo mejor ya no la necesitaba, si hay algo que no se puede tratar acá se hace una interconsulta al hospital y de allá hay que esperar la hora para que lo llamen, eso es lo que se demora el Neurólogo Infantil, como hay escasos Psiquiatras y Neurólogos Infantiles y tantos casos que atender que la hora se demora un montón, entonces los papás ya saben eso y prefieren pagar el bono y los llevan ellos a Psiquiatra o sea Neurólogo y saliendo del Neurólogo seguro que salen con medicación, no conozco ningún Neurólogo que haya visto a un niño y no le haya dado algo.

Y bueno también hay papás que son más escrupulosos con los medicamentos, los llevan al Neurólogo, les recetan el medicamento y se los pueden comprar pero no se los compran porque han escuchado una cosa, que lo otro, que cómo voy a drogar a mi hijo, que mejor no, lo dejo así, pero son menos los casos esos, la mayoría para que el niño se quede tranquilo le dan los medicamentos, que a todo esto dura 5 horas el efecto, 5 a 6 horas, se los dan en la mañana o la hora que tienen clases más difíciles y los fin de semana no se los dan tampoco, de hecho el mismo Neurólogo les dice, déselo a tal hora, cuando sean difíciles las materias o en vacaciones no se los de, feriados tampoco, día que no vaya a clases tampoco, porque el problema a mi juicio está más enfocado a los escolar, porque en la casa si se porta mal hará desorden, no sé, pero en el colegio no se concentra, no hace las tareas, se saca malas notas y eso tiene consecuencias más graves que portarse mal en la casa.

12. ¿Cómo observa la conducta de estos niños, con la medicación y sin la medicación?

R: Hay diferencias porque sin la medicación, se paran, se sientan, no ponen atención y bueno como te decía hace un momento, sumado a que tienen problemas afectivos o ansiosos, ahí lo muestran también.

Por ejemplo tengo un niño diagnosticado con déficit y oposicionista, entonces se para, si yo le pido que se siente se para, me mira y se ríe, como que me hace burla, otro niño más ansioso sale aquí (señala el ventanal que da a un balcón), abren la ventana, por aquí afuera andan lagartijas y las mira, entonces eso igual me dificulta el trabajo porque no puedo ni hablar con ellos, pedirles que dibujen, cualquier técnica de terapia es muy muy difícil con ellos porque no están quietos, si tengo que hacer algún certificado se ponen al lado mío me miran, eso sin medicación.

Y con medicación hacen lo mismo, pero menos, o sea no es que cambien al 100%, ni que anden drogados y con sueño como dicen los papás, están tranquilos no más, un poquito más tranquilos, pero igual se nota la diferencia.

13. En el entorno escolar ¿cómo se aborda la medicación?

Depende del colegio, pero como decía la otra vez en Yungay hay un colegio que a todos los niños los tiene con medicación, todos, con o sin déficit y que presiona a los papás, y si los papás no quieren los presiona, los presiona hasta que los papás dicen que sí, los llevan al Neurólogo, les dan la medicación y ahí los dejan tranquilos.

Conozco un caso, de un colegio en Los Ángeles parece que me contaba una mamá, que tiene hora de Neurólogo, así como contratan a un Profesor, contratan horas de Neurólogo y ya sabemos para qué y obviamente que todos los niños que entran ahí salen con medicación. Creo que va un día a la semana o medio día, hasta el día del niño, va a puro medicarlos, porque ni siquiera los evalúa, porque ya es tanto, se está dando tanto a nivel nacional, que ya es raro que un niño que se sospeche de Déficit Atencional y que no lo tenga, en realidad se sospecha, se diagnostica al tiro y se da la medicación.

14. ¿Qué opina acerca de aquello, del hecho de que no se realice una evaluación y el diagnóstico sea a partir de los criterios de los manuales Psiquiátricos?

R: Eso pasa en toda la salud mental en realidad, que el diagnóstico depende de criterios de expertos o de especialistas más que de electroencefalograma o cosas más biológicas, siento que la medicación o el diagnóstico en sí, está siendo muy, es como la moda casi, demasiado popular este tema, ahora igual lo entiendo, entiendo a los profesores de que están cansados, yo he estado en cursos enteros y de verdad que yo no podría estar ahí, bueno yo no tengo tanta paciencia, pero los profesores tienen que estar todos los días ahí, haciendo clases, yo hice un taller de media hora y nadie me pescó, estaban todos saltando, nada entonces igual se hace necesario, no sé si la medicación o el diagnóstico, pero hay que hacer algo con los niños para que estén más tranquilos en clases, cuando yo estudiaba yo no era así mi curso tampoco, igual han cambiado las cosas, no sé qué habrá pasado, pero se dificulta mucho hacer clases, entonces desde ese punto de vista, yo en particular empatizo con los profesores porque ellos recurren a cualquier estrategia para

que los niños estén más tranquilos, si hay que medicarlos, los medican, si hay que lo que sea pero que estén más tranquilos, entonces yo creo que en ese sentido el déficit viene a ser un parche o una excusa para tratar de que de alguna manera los niños estén tranquilos, porque si no existiese el Déficit Atencional y no existieran los medicamentos para el Déficit, yo creo que los profesores no sé, estarían ya buscando alguna manera de que los niños estén más tranquilos, con Flores de Bach, con cualquier cosa pero es como la manera de escapar ellos de que los niños se queden más tranquilos y poder hacer clases y su trabajo.

15. ¿Cuál es su percepción del sistema educacional chileno?

R: Los profesores siguen utilizando estrategias fomes, o sea para los niños de ahora que, no sé porque pero vienen llenos de tanta energía, incluso los que no tienen Déficit, saltan igual, están como súper atentos a todo o tienen un montón de energía y las estrategias en la clase siguen siendo las mismas entonces da para aburrirse, da para pararse en clases, da para hacer desorden si la clase es súper fome, entonces yo creo que la relación que hay es que los profes a lo mejor no se han dado el tiempo o no se han preocupado de cambiar sus estrategias de aprendizaje, de enseñanza, para que los niños aprendan mejor, yo creo que eso igual perpetúa digamos que los niños se sigan portando mal si la clase es fome.

Ahora tampoco la culpa es de los profesores, la clase tampoco tiene que ser una clase en 3 D y con luces para que los niños realmente puedan aprender, también va de la casa a lo mejor los papás les enseñen a los niños de que si hay que ir al colegio para aprender, aunque las estrategias sean fomes, yo creo que la responsabilidad es de las dos partes, de las tres partes, de los profesores, de los niños y de las familias y del sistema educativo en general, porque a veces los profesores quisieran hacer cosas, pero el curriculum no se lo permite o no se puede no más.

16. ¿Qué opina usted acerca de los diagnósticos?

R: Sirven porque nos ayudan, incluso a la misma gente le ayudan a entenderse un poco más, a saber que lo que tienen o no tienen tiene nombre se ha estudiado hay otra gente que tiene lo mismo. Ahora la manera de diagnosticar quizás yo la encuentro... no sé, está bien que sea subjetiva, porque es subjetiva, pero yo más que el diagnóstico en sí apunto a

los profesionales que diagnostican, me encontrado con un mismo paciente que, uno en la ficha clínica, va juntando todos los informes que van llegando en el tiempo, de los pacientes y a veces hay pacientes psiquiátricos, con un diagnóstico, tres, cuatro años después con otro diagnóstico, nada que ver incluso ni siquiera parecido y yo acá lo veo y yo le encuentro otra cosa, entonces es raro es complicado.

Yo en el tratamiento que doy nunca me baso en el diagnóstico previo, lo tomo en cuenta, lo conozco, por ejemplo un trastorno Depresivo, yo digo ya por algo se lo diagnosticaron en ese tiempo, pero si está por ansiedad, y yo lo veo por ansiedad y desde lo que yo veo, incluso de lo que los pacientes me relatan, a mí no me gusta el diagnóstico descriptivo del DSM, y no porque esté en contra de los psiquiatras ni nada así como tan humanista o volaas así como de que los diagnósticos son categorías que nacieron, no, yo creo que son necesarios, pero no lo tomo tan en cuenta, así como que es Depresivo y tengo que tratar los síntomas Depresivos, no yo creo que, que deberíamos como profesionales de la salud mental aunar los criterios o especializarnos más antes de hacer un diagnóstico o si no se sabe, decir no sé y lo derivo, pero no siempre se puede hacer, ese es el problema de que la salud está viciada porque no se permite, por ejemplo yo como Psicólogo, se más de salud mental que la Doctora, pero a mí no se me permite hacer diagnóstico, solo ella, las dos Doctoras de acá pueden hacer diagnóstico y todos sus diagnósticos son Trastornos Depresivos, Trastorno Adaptativos Ansiosos, como que el DSM tiene tres trastornos, entonces al no manejar ella la amplia gama y no solo de Trastornos, sino de síntomas y variables, el diagnóstico está equivocado, el DSM o los manuales de psiquiatría son en general bien en su intento de ser mejores y sin teoría, sin embargo dejaron de lado lo más importante, que es como la subjetividad u otras cosas, porque no sé, un episodio Depresivo, tiene tantos y tantos criterios, que se cumplen o no, si o no, pero es que en realidad uno de la teoría sabe que la Depresión tiene muchas más cosas que no aparecen en los manuales, que son las que me fijo yo y que no se fija la Doctora o que desconoce, no sé por ejemplo algún trastorno de personalidad, o por ejemplo lo que veo yo es que algún rasgo esta acentuado o que esta tal cosa influyendo en la personalidad, la Doctora lo ve como depresión y yo podría justificarle como yo lo veo pero ella no va a cambiar el Diagnóstico, no tiene tiempo, no le interesa porque la Doctora de Salud Mental no le interesa la Salud Mental, entonces lo dejamos así no más y bueno y aparte que no hay medicamentos para todo, acá en el consultorio al ser atención primaria, para la depresión

tenemos dos medicamentos, para la ansiedad como tres y se quedan afuera todos los trastornos de personalidad, los trastornos de la Esquizofrenia, los trastornos con todo eso no lo vemos o lo derivamos a especialidad en Chillán, un año esperando la hora.

17. Respecto al Diagnóstico de Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad ¿Qué opina al respecto?

R: bueno yo como no soy del área y he escuchado harto de algunas partes que dicen que no existe, que es para medicar a los niños, que lo dijo alguien antes que muriera, no sé si será verdad, así como de Salfate, media conspirativa, no creo que sea cierto, porque yo lo veo en la práctica de que si existe, independiente de que si se haya inventado o no. Pero encuentro de que se popularizó, se hace necesario calmar a los niños de cualquier manera es que al final todos tienen Déficit eso es lo que no me parece, no me gusta tampoco porque es demasiado subjetivo, incluso con lo que está pasando ahora yo creo que a veces los Neurólogos ni evalúan a los niños, incluso a veces cuando es particular ni evalúan a los niños o no lo hacen bien, porque saben los papás implícitamente que van al neurólogo para que les den medicamentos, no se lo dicen pero el Neurólogo sabe para qué va a evaluar al niño si los papás vienen a buscar pastillas no más, así que para qué hacerles exámenes, si a los papás les interesa que les den pastillas para que se queden tranquilos.

18. Posterior al Diagnóstico ¿cuáles son las acciones que se llevan a cabo desde el área Clínica?

R: bueno yo trato de citarlos a sesiones de terapia hartas veces y no vienen y no vienen y el problema es que acá, bueno en realidad las horas las tienen que pedir ellos y yo les digo: - pidan hora para la próxima semana, para 15 días más - y las piden, pero ya después no vienen y las dejan de pedir, pero yo, claro, tengo un plan de intervención familiar, porque en general el niño está inserto en una familia o que aumenta el déficit o que lo sostiene o que lo mantiene en el tiempo y yo no puedo intervenir al niño sin la familia, ahora la familia no quiere ser intervenida, ese es el problema porque en realidad uno se empieza a dar cuenta que todos los niños con Déficit Atencional tienen algo más,

afectivo, ansioso, pero nadie tiene el Déficit solo, entonces yo me centro más en eso, porque con el Déficit yo mucho no hago, porque en realidad perdí la esperanza de lograr cambios en la parte del Déficit, ahora sobre todo a los que son hiperactivos, yo me centro más en por qué se están portando mal y yo ahí dejo de lado el Déficit y veo que a lo mejor se están portando mal por el Déficit, porque son rebeldes o quieren algo y se sienten mal y no saben cómo decirlo, por cosas de ese tipo, yo a eso apunto para ver si puedo disminuir los niveles de comportamiento disruptivo, mediante el lado afectivo, por ejemplo un niño que vive un poco más allá tenía Déficit, me comentaban en el Colegio que era un desastre, se movía, se paraba, no hacía nada, pero nada, les pegaba a los profes, a simple vista eso es un Déficit Atencional con demasiada Hiperactividad, pero yo después fui a la casa y averiguando un poco más por otro lado, porque la mamá igual estaba reacia al tratamiento, me di cuenta que el niño tenía violencia en la casa, le pegaban, de hecho el niño allá en el colegio se subía arriba de las mesas, arriba del techo se subía, yo después averiguando el papá también le pegaba acá y el niño, la manera de escaparse era subirse al techo del gallinero, entonces por eso se andaba subiendo arriba de todas las cosas que podía, entonces ahí uno ve que el déficit, es déficit por que se porta mal, pero nadie le ha preguntado al niño porque se ha portado mal y ahí uno se da cuenta que en realidad si el viviera en una familia funcional sin violencia a lo mejor no tendría déficit, a lo mejor sería un niño con harta energía no más, entonces ahí es donde yo cuestiono el diagnóstico, la medicalización, el tratamiento, todo, en esos casos en particular.

19. ¿Cómo lleva a cabo este plan de intervención familiar?

R: Cuesta bastante como sé que al final van a venir poco tiempo y pocas personas, trato de en las sesiones concentrar todo, basarme más que nada, ya sea también porque estamos en salud mental de consultorio, que es atención primaria, o sea no puedo ir muy en profundidad, trato de ser bien directivo en ese sentido, con consejos, con sugerencias, que hacer, que no hacer, en caso de, porque no me voy a poner a hacer terapia psicoanalítica con pacientes con Déficit Atencional, con el insight, si no son capaces y las familias tampoco, así que es algo bien conductual, que hacer que no hacer, como llevar a cabo esto, como contener al niño, porque podría estar pasando esto, que si pasa esto que lo traiga, cosas de ese estilo más que nada, me encantaría hacer algo más profundo pero no, ya sé que no se puede así que ya no lo intento porque sé que no resultará en este

consultorio y en otros y en la atención primaria en general, porque es atención primaria no es especialidad, es lo más superficial, el tamizaje, lo que está más encima no más.

20. ¿Algún enfoque teórico que se utilice en el trabajo con niños/as con este diagnóstico?

R: Si, yo porque me gusta y por lo que más se y lo que más me resulta con pacientes adultos es el Psicoanálisis, terapia psicoanalítica. Y si con los niños resulta sobre todo en la parte de los dibujos, para el diagnóstico y para la intervención hacer algún tipo de señalamiento, que podría estar pasando en sus familias y que eso lo lleva a comportarse así y a veces resulta, pero por otro lado también tengo que ser más conductual, necesito el conductismo si o si, para poder darle un poquito más de forma a las familias que no tienen idea que hacer, haga esto haga esto otro, castigue esto, no castigue esto otro, refuerce esto, eso es lo que yo más uso, el Psicólogo anterior le gustaba más la terapia sistémica, más narrativa, más familiares y él también tenía sus métodos y le resultaban, pero cada caso es un mundo y a veces resulta y a veces no, pero yo por lo que más sé y lo que más me siento seguro es utilizando algunos autores Psicoanalíticos.

21. ¿Cómo ha sido para usted el proceso de sus pacientes o usuarios diagnosticados con Déficit Atencional?

R: Malo, yo lo evaluó como, en comparación con tratamientos de otros problemas, de depresión o de trastorno ansioso o de violencia incluso, el déficit tiene menos mejoría, tiene menos porcentaje de asistencia a las atenciones, tiene menos interés de parte de los papás, a pesar de que la prevalencia es gigante, de los niños que atiende la mayoría tiene el diagnóstico de Déficit Atencional, y la mejoría es poca, yo como te decía en comparación con otros casos de adultos y si mejoran, los niños no.

22. Entonces de acuerdo a lo que me ha mencionado ¿Cómo ha experimentado el proceso de tratamiento?

R: también yo diría que negativo porque me cuesta mucho, yo creo que aquí si entra a influir más yo, mi manera de ser, porque a mí no me gustan los niños, ni tengo paciencia tampoco con ellos, y menos si se portan mal (risas), entonces los niños que vienen acá están fritos porque todos se portan mal, todos, todos, se paran aquí, se sientan, abren la

ventana, me toman las cosas, y en realidad yo estoy más acostumbrado a la intervención, a estar así como estamos nosotros, hablando, con ellos no se puede, no se puede, a veces tengo ahí esos juegos (señala el material de juego para la terapia) y ahí pescan un poco más, y ahí me sirve un poco más tratar de agarrarme de eso para que se queden un poco más tranquilos, son juegos bien buenos de bullying, de habilidades sociales, entonces ahí tiene como preguntas, tirar dados, y ahí como que me toman más en cuenta, pero no quiere decir que la intervención funcione porque ahí ellos lo toman como súper superficial, no no les llega, no responde, o sea alguna pregunta de la familia la responden pero no hacen insight, es como un juego cualquiera, entonces por eso yo evalué el trabajo de intervención más como negativo.

23. ¿Cómo percibe la experiencia de los niños en la intervención psicológica?

R: yo creo que ellos no les gusta venir tampoco, me da la impresión, porque ellos no lo ven como un problema generalmente, porque sus compañeros se portan mal ellos igual entonces para qué van a venir para acá, a parte que muchas veces los papás no les explican, los traen al Psicólogo y yo les pregunto: ¿sabes por qué vienes para acá? No, no tienen idea, entonces como no saben para qué vienen acá yo les empiezo a hacer preguntas un poco invasivas entonces se asustan, trato de irme por otro lado y no quieren, los niños con déficit no vuelven, tengo otros niños que tiene problemas y ellos si piden volver, entonces los papás dice que les gusta venir para acá, me pedía venir para acá, pero los niños con déficit no, no como que a mí me da la impresión que les da lo mismo, son indiferentes, bueno y si uno ve su déficit, les pegan a los profesores y no están ni ahí, no hacen las tareas no les importa, le pegan a la mamá no les importa entonces, menos les va a importar venir al Psicólogo, si para ellos pegarles a los profesores no es un problema.

24. ¿Quisiera agregar algo más a la entrevista, algún aspecto que considere relevante para esta investigación?

R: En realidad hay harta ignorancia de parte de los adultos, de los papás, bueno por ser un concepto que pasó de la Psiquiatría a la Neurología a ser más popular, pasa lo mismo con la Depresión con el Trastorno Bipolar, que hay un montón de desinformación y conceptos erróneos, por ejemplo el mismo problema de que las pastillas se les dan son

drogas y que los niños van a andar drogados casi durmiendo, o cuando lo usan como justificación: -“no sabes que mi hijo se porta mal porque tiene Déficit de Atención, lo dijo el Neurólogo, así que déjalo tranquilo porque tiene Déficit”-, entonces eso es complicado, tengo un caso de una señora que tiene gemelas con Déficit y no las quiere medicar, ya por que los medicamentos son malos, entonces tuvo que darles otro tratamiento como yo he escuchado que les dan Flores de Bach, otras cosas y ellas no tampoco, y lo más chistoso es que se queja de que las hijas se portan mal, (él le pregunta) entonces ¿usted está haciendo algo por ellas? (la respuesta) no, pero más que nada eso, existe mucha ignorancia, eso dice el Neurólogo y hay que darles pastillas, no averiguan más, es que la gente de acá el nivel educacional es bien bajo, entonces si el médico no les dice, ellos no van a averiguar, no se van a meter a internet no van a ir con otro Médico porque tampoco tienen plata, entonces tienen que ser con la consulta del Médico y si el Médico les explica mal o ellos no entendieron mal con eso se quedan, lamentablemente, no como me imagino en otros contextos con más dinero, más tiempo, que si no les gustó un médico van a otro y otro y ven en internet o van donde un amigo que tiene un Médico, no po acá se quedan con el Médico, porque no hay recursos, no hay tiempo no hay educación.

25. Finalmente para usted ¿Qué significa el déficit atencional?

R: Para mí el Déficit Atencional es un problema más que un trastorno así que suena como feo, es un problema que tiene la mayoría de los niños, no tengo idea porque y que interfiere en prácticamente toda su vida, sobre todo en la parte académica, las notas, en la concentración y de que si uno lo mezcla con otras cosas, problemas afectivos que se yo, hace que el niño se porte de una manera muy hiperkinética, porque la mayoría de los que veo tienen predominio de Hiperactividad, son pocos los que son con desatención, esos son más dóciles de tratar, estos otros no, entonces yo creo que es más que nada un problema de salud mental que no está siendo visto por las autoridades, la Depresión hay medicamentos, guías, capacitaciones hay todo para la depresión, para la Violencia Intrafamiliar, el alcoholismo, la droga, para eso hay de todo, pero para el Déficit Atencional que es un problema súper común, a nosotros no nos capacitan en eso, no hay programas de salud para eso, medicamentos para los consultorios, para todos los consultorios del país llegaron este año algunos medicamentos para Déficit Atencional, entonces no se les

está dando la atención que se requiere, están pensando en otras cosas el gobierno, yo creo que ellos también tienen Déficit (risas).

26. ¿Cómo ha sido ejercer la Psicología en este contexto?

R: Es raro es extraño, no es como en otras partes rurales, porque acá la gente es como, bueno yo acá no atiende tanto paciente, hago al mes como sesenta consultas, digamos de distintos pacientes, yo sumo las estadísticas y me da como 60 a 50 pacientes mensual, pacientes tengo 180 bajo control, pero al mes vienen 40, entonces es extraño porque a mí me queda tiempo para hacer otras cosas que en otros consultorios no pueden hacer, visitas domiciliarias, aplicar test, por ejemplo un Rorschach yo estoy toda una tarde entre decodificar, interpretar, en otros consultorios eso no se puede hacer, acá yo tengo tiempo de hacer otras cosas también administrativas, yo soy encargado de hacer otras cosas acá, que en otros lados no se puede hacer, yo creo que acá la realidad es como bueno en realidad, la realidad del pueblo, de la gente, porque ellos ven que el psicólogo es para los locos, que en realidad el psicólogo es el que te da consejos, mejor te lo dice un amigo o vas a ir a contarle tus problemas a alguien que no conoces, entonces mucho prejuicio en salud mental, sobre todo de parte de las personas, ahora igual hay casos que son buenos, que dan gusto seguirlos, aquí la gente no le ve el peso a salud mental, son buenos para quejarse, pero al momento de hacer algo no hacen nada por sí mismos, todavía está la mentalidad de campo, antigua de que no sé, que las cosas se arreglan en la casa entonces la gente no quiere venir por eso, y a parte más encima, acá en este consultorio, en salud mental, yo atiende acá, y a veces se escucha a fuera, en la sala de espera, entonces por eso yo pongo la música fuerte, entonces hay harta gente que se ha quejado de que no vienen acá porque saben que si vienen acá, la gente de la sala de espera van a escuchar todo lo que dicen, a mí me da lo mismo porque no son mis problemas, pero a la gente sí, yo los entiendo si igual es verdad, el problema es que no se puede hacer nada porque no hay plata para cubrir con algo anti acústico, esto era la casa de los médicos antiguamente, acá está la nutricionista, yo, la asistente social, es un problema práctico que quizás la gente no viene por eso.

Psicóloga 2.

Entrevista N° 2

- Fecha de la entrevista: jueves 8 de octubre de 2015
- Hora: 10:00 hrs.
- Duración de la Entrevista: 39 minutos con 18 segundos.

1. Buenos días estamos con la Psicóloga del colegio Altazor, quisiera saber cómo estás, como te encuentras.

R: bien súper bien, si dispuesta a la entrevista.

2. Primero me gustaría saber dónde nos encontramos, ¿Cuáles las características del lugar?

R: mira este colegio, es un colegio nuevo, partió el año pasado en marzo del 2014, este es su segundo año de funcionamiento y es un colegio especial, lo que comúnmente se conoce como un 2 × 1. Aquí hay enseñanza media; primero, segundo, tercero y cuarto medio.

Las características de nuestros estudiantes son estudiantes que no se han adaptado al sistema regular, son alumnos que por una u otra razón han desertado del sistema escolar, porque los han echado de las escuelas y no encuentran donde estudiar. Y hay algunos también por problemas de bullying, ya que no se les ha prestado el apoyo necesario dentro de los establecimientos entonces vienen acá como una forma rápida de terminar la enseñanza media y otros que se vienen acá para subir sus notas, porque aquí son menos horas de clases, son 24 horas de clases, no sé cuántas son en el sistema regular pero son muchas más, acá tienen clases sólo una jornada solo en la mañana o solo en la tarde y el próximo año aquí va hacer en la noche.

Entonces ellos tienen tiempo para ir al Preuniversitario, hay muy buenos alumnos, hay excelentes alumnos, con muy buenas notas con el futuro clarito, quieren entrar a estudiar Medicina, Psicología, la tienen súper clara y entran acá para subir sus notas.

Este es un colegio donde hemos tratado de poder contener y poder entregar el contenido de los apoyos a cada uno de los alumnos, éstas son las características del colegio, es un colegio chiquitito, tiene aproximadamente 100 alumnos son poco Profesores, más la Profesora del proyecto de integración, hay una Psicopedagoga, un Inspector también

porque nosotros igual queremos que se parezca un poco el sistema regular y todo el mundo tiene un prejuicio con los 2×1 , que son súper fáciles, para terminar la enseñanza media y como que en realidad aquí no es así, aquí no se pasa el contenido básico de la educación de adultos porque la mayoría de nuestros estudiantes son jóvenes, no son adultos, nosotros no recibimos personas mayores de 25, el mayor que tenemos tiene 23 y tenemos alguno de 17 años, son adolescentes todavía, entonces nosotros tratamos también de controlar un poquito esa parte.

Se respeta el horario de llegada, no es llegar e irse, aunque sean mayor de edad tienen que llamar a su apoderado para que les dé permiso para salir, hay un inspector que todos los días llama para la casa si alguien falta.

El contenido que se pasa también es el mismo contenido de enseñanza media, porque nosotros sabemos que nuestros alumnos son alumnos que quieren entrar a la educación superior, no es que vengan a sacar su cuarto medio y chao no más, o sea ellos quieren más, entonces este es un colegio bien especial y distinto y de ahí partió la idea de la gestación del colegio, los sostenedores son Profesores que dijeron: “¿qué falta en Chillán? hay otros 2×1 , pero que no cumplen con las características que las personas quieren o que los apoderados quieren, entonces nos vamos a poner con un colegio distinto, especial pero que también tenga características del sistema regular”. Por ejemplo aquí es súper ordenado, hay un control con los chiquillos, se trabaja el tema del respeto y lo que queremos nosotros es tratar de derribar el prejuicio de los 2×1 , primero con nuestros apoderados que ya lo hemos logrado, tenemos apoderados que llegan aquí y nos dicen: “ustedes cayeron del cielo porque yo jamás hubiese puesto a mi hijo en otros 2×1 , entonces nos cayeron del cielo, muchas gracias”, entonces están muy agradecidos, los chiquillos también y hay un súper buen ambiente, laboral y también dentro del aula.

3. ¿Cómo es el trabajo Psicológico acá en el Colegio?

R: acá es súper ordenado el trabajo Psicológico con los chiquillos, porque tenemos un Departamento de Orientación donde hay un Orientador a tiempo completo y donde estoy yo también como Psicóloga de tiempo completo.

Además está el Programa de Integración Escolar (PIE), donde hay una Profesora de Educación Diferencial, una Psicopedagoga y también estoy yo como Psicóloga. El trabajo

es pesado, es arduo porque si yo te dijera que aquí hay algún chiquillo que no necesita ayuda es mentira, todos llegan acá por alguna razón. Entonces por ejemplo, en el PIE son 5 cupos transitorios por curso, más 2 alumnos permanentes, pero si yo pudiera colocar a todo el curso en Integración por algún diagnóstico todos podrían estar, o sea todos necesitan el apoyo, además es súper ordenado el tema del proceso, o sea los Profesores primero pesquisan ciertos alumnos que pudiesen entrar al PIE, luego se hace la evaluación, con todo lo que eso implica; el consentimiento informado de los papás, la anamnesis, hay que llevarlos al Médico especialista también, entonces es un trabajo súper arduo el que la implementación del PIE.

Y por su parte está el Departamento de Orientación que también es súper ordenado, o sea el Profesor Jefe se hace cargo de su curso, entonces nosotros tratamos de empoderar un poco al Profesor Jefe, ellos hacen primero la entrevista inicial, cuando ven que anda algo mal, la entrevista de seguimiento para ver cómo andan, entonces ahí pesquisan si hay algún problema, hacen una ficha de derivación, esta ficha de derivación llega al Orientador, quien revisa la entrevista del alumno y si es necesario y lo considera pertinente ahí se deriva a la Psicóloga, igual hay un filtro porque los chiquillos como yo te decía son súper demandantes, entonces yo podría atender a los 100 si es que ellos quisieran, tratamos de que sea ordenado sino sería muy pesada la pega, muy pesada la pega.

4. ¿Qué problemáticas presentan estos estudiantes?

R: mira es súper diverso, hay problemas de aprendizaje y también hay problemas emocionales, también hay harta carencia afectiva, la mayoría de estos alumnos son de clase media alta, sin embargo hay algunos becados, entonces a veces, no hay una carencia económica pero hay una carencia afectiva, papás que trabajan todo el día, a los chiquillos no les falta nada, por ejemplo ellos tienen acceso a las drogas, a la marihuana, tienen plata para comprar ya, esas son las características de nuestros estudiantes por lo tanto también vienen con problemas emocionales, con problemas afectivos, problemas de aprendizaje, tenemos algunos estudiantes con problemas Psiquiátricos, tenemos alumnos con diagnóstico de Esquizofrenia, tenemos Asperger, adultos, Déficit Atencional, Inteligencia Limítrofe, tenemos una alumna con Depresión Psicótica, que ya tiene un trabajo importante con su Psiquiatra en la Red Cesam, tenemos también bueno como te

decía hay algunos estudiantes con déficit atencional y eso serían la mayoría de nuestros diagnósticos, algunos con depresión, algunos estudiantes que vienen con Fobia Escolar de sus colegios anteriores, y aquí hemos logrado que vengan a clases, entonces los diagnósticos son súper variados, súper súper variados, hay de todo un poquito.

5. Respecto al Déficit Atencional ¿cómo ha sido el funcionamiento dentro de estos estudiantes?

R: mira ha sido un proceso bastante enriquecedor para toda la comunidad, y los chiquillos por lo general tienen un diagnóstico previo cuando llegan acá, porque acá llegan a primero medio o a tercero medio, ya han tenido el diagnóstico previo incluso desde muy chicos, han estado medicados también con anterioridad, y el problema que tenemos acá principalmente es que ellos no quieren ser medicados, hay algunos que lo necesitan, que lo sugiere su Neurólogo, pero hay otros que no lo necesitan, pero los que lo necesitan se resisten al tratamiento Psiquiátrico, pero no así al Psicológico.

Nosotros podemos trabajar con ellos algunas técnicas, sobre todo se mezcla mucho con el tema de la conducta, del filtro en clases, llegar y lanzar una grosería y que no le importe que el Profesor esté adelante. De repente se ponen altaneros, son un poquito desafiantes, te tratan de desafiar y que te enojas para que también ellos se puedan enojar me entiendes... Entonces en ese sentido ha sido poco complicado porque sabemos que necesitan la medicación, pero ellos requieren medidas, ese es el mayor problema, pero el trabajo en sí, en el trabajo con sus sesiones semanales ellos súper abiertos y tienen harta adherencia con nosotros, no así con los tratamientos externos.

6. ¿En qué consistiría el tratamiento con el Déficit Atencional acá?

R: mira acá en el colegio con los alumnos con Déficit Atencional primero tratamos de generar un vínculo, que ellos nos puedan contar si es que lo ven como un problema o no, porque si no lo ven como un problema es bien difícil poder trabajar con ellos, pero los que sí lo ven como un problema, con ellos trabajamos mucho la estimulación cognitiva, principalmente los sacamos por eso de la sala.

Trabajamos ejercicios que mejoren la memoria, la comprensión, la atención, incluso la velocidad del pensamiento, porque el Déficit Atencional, yo me he dado cuenta por mi

experiencia, tiene mucho que ver con que sean lentos, con que no terminen una prueba, que les cueste concentrarse incluso entender alguna instrucción dentro de la sala, entonces igual trabajamos con los Profesores, de poder modificar alguna instrucción, que sea más sencilla, que sea más corta.

Dentro del PIE la Profesora de educación diferencial ayuda a los Profesores a adecuar las evaluaciones, porque a los chiquillos de repente tenerlos una hora sentados haciendo una prueba, sabemos que no la van a hacer, entonces tenemos que adecuarlos a sus capacidades, a sus formas de aprender, entonces el tema de la adecuación curricular ha sido súper importante, yo no soy especialista en esa área pero sé que es más sencilla, adecuada a las propias características de los estudiantes.

Se trabaja también el tema con los Profesores de cómo enfrentar una clase y como trabajar con estos estudiantes en la sala de clases y nosotros trabajamos estimulación cognitiva con la Psicopedagoga y yo constantemente.

7. Y en ese sentido ¿Cómo ha reaccionado el colegio frente a este diagnóstico, cómo lo han abordado?

R: mira el colegio desde el director hacia abajo, es un colegio súper abierto a estas diferencias, nosotros lo primero que tenemos que tener claro cuando entramos a trabajar acá, es que es un colegio especial, nosotros lo vemos como un colegio especial, un colegio distinto, entonces nosotros tratamos de adecuarlos a cada una de las características de nuestros estudiantes.

Tenemos aproximadamente 100 estudiantes, de los cuales 15 están diagnosticados con Déficit Atencional, pero sabemos que hay muchos más que no han sido diagnosticados, que es cosa de ver cómo reaccionan, de ver sus resultados académicos, entonces tratamos de entregarle el apoyo y todo, nosotros sabemos que es una dificultad importante en nuestros estudiantes, entonces tratamos de apoyarlos mucho, nosotros sabemos que trabajamos con muchos estudiantes con Déficit Atencional, así como también otros tipos de dificultades, entonces nosotros estamos súper abiertos a recibir estudiantes así y trabajar con ellos.

8. Y los apoderados ¿Cómo reaccionan frente al diagnóstico?

R: nosotros exigimos que haya apoderados y hay algunos que no siempre asisten, mi mayor problema para trabajar con apoderados es que yo los cito y no vienen.

Ese es el mayor problema porque los chiquillos son grandes, porque los chiquillos ya tienen 18 años entonces ellos se sienten mayores de edad y a veces los papás también los dejan un poquito de lado.

Pero con los papás que he podido trabajar se lo toman súper bien, conocen a sus hijos, saben de sus características, entonces mientras nosotros podamos prestar el apoyo, ellos se muestran súper abiertos, súper colaboradores, siguen las sugerencias que les damos, porque han pasado muchos años de que no han sentido apoyo en los establecimientos anteriores o que nadie ha entendido de verdad o sea vinculado de verdad con sus hijos para poder ayudarlos y aquí lo han encontrado, entonces colaboran con el proceso.

9. Respecto a los profesores ¿Cómo han reaccionado y abordan el diagnóstico?

R: Mira ahí es un tema un poquito más complicado con los profesores, es difícil trabajar pero no imposible, porque muchas veces tienen 30 personas en la sala, porque acá ese es el máximo que se permite jamás vamos a tener 45 alumnos por sala sabiendo las características de nuestros alumnos, entonces tienes 30 en la sala y cinco con Déficit Atencional, entonces te dificultan para hacer la clase, se mueven de un lado para otro, se paran, salen de la sala sin permiso, entonces en ese sentido es medio complicado porque para ellos sería más fácil que estuvieran afuera, entonces a veces es mucho más fácil echarlos de la sala y anotarlos que tenerlos dentro de la sala y que te moleste.

Entonces nosotros hemos tratado de ir cambiando, de ir trabajando este tema, porque la idea es que los chiquillos se integren, estén dentro de la sala y que los profesores tengan las herramientas y la paciencia también para poder trabajar con estos alumnos que son distintos que son especiales, que te van a causar problemas dentro de la sala.

Entonces la idea es ir trabajando con los profesores, explicarles que los chiquillos tienen que estar dentro de la sala, que no es una solución echarlos, anotarlos, para que se les haga más fácil hacer la clase, sino que tienen que hacer las clases con ellos.

10. ¿Cómo enfrenta el colegio este comportamiento disruptivo?

R: nosotros sabemos que tienen que tener una sanción cuando le faltan el respeto al Profesor o si le faltan el respeto a algún compañero, si cometen algún error, nosotros sabemos que tienen que tener una sanción y lo primero que hacemos es que tengan una suspensión pero dentro del colegio, nosotros nos suspendemos para la casa, porque sabemos que es un regalo, que se vayan a la casa que se despierten a las 12, entonces nosotros lo primero que hacemos es una suspensión dentro del colegio, con alguna actividad. Los profesores aquí tienen su banco de pruebas y con fecha entonces, nosotros sabemos que suspendieron a “Pepito”, entonces “Pepito” tiene que venir a las 8:30 de la mañana en la hora de entrada firmar y trabajar en una guía, o ayudar a la tía Marcelina que es la auxiliar a barrer a limpiar una sala, entonces tratar de hacer una suspensión acá.

Cuando son reiteradas estas conductas, se suspenden para la casa, se le tira la pelota un poquito al apoderado, para que el apoderado se haga cargo y también ellos tienen que levantarse y venir a las 8:30 de la mañana, firmar y se llevan una guía para la casa y al otro día o en dos días más de acuerdo a lo que dura la suspensión ellos tienen que volver con la guía hecha, si ellos no vienen con la guía hecha ellos no pueden entrar a clases.

11. Respecto al diagnóstico de Déficit Atencional ¿Cuál es tu opinión?

R: yo creo que el déficit atencional es un diagnóstico que si existe, que ha estado muy en boga el último tiempo, yo creo que existe pero sí que está sobrediagnosticado.

Es un problema que como te decía esta sobrediagnosticado y que mucha gente piensa que tiene que inmediatamente medicarse antes para superar esta dificultad.

Yo era súper reacia y estaba súper en contra de la medicación, de repente he visto a niños pequeños muy medicados, no sé si era una dosis muy alta, pero hoy en día que he trabajado con los chiquillos, a veces es necesario, a veces es necesario que esté esta dualidad entre los fármacos y una Psicoterapia porque yo sé que estarían más tranquilos.

Nosotros tenemos alumnos que se mueve hartito, que son muy agresivos, entonces los medicamentos bajarían un poco sus niveles de agresividad.

Que más te puedo decir respecto a la medicación, la verdad es que a veces es necesario, sin embargo siento que debe ser súper estudiado, que debe ser un trabajo en conjunto, el Neurólogo externo que esté tratando al estudiante, el colegio, la familia, porque muchas veces se delega, se piensa que si el estudiante está tomando un fármaco se va a mejorar, pero en realidad hay que hacer una Psicoeducación a la familia, al grupo curso, al colegio, cómo tratar este tema, qué sugerencias, de qué forma se puede trabajar con los estudiantes porque no se soluciona la vida, no te lo va a quitar, no es como un remedio para la diabetes, para el hipotiroidismo, este es un problema muchas veces de conducta y estas conductas se trabajan con Psicoterapia con Psicoeducación en la familia y no siempre con fármacos, sin embargo yo creo que de repente si son necesarios pero en un trabajo dual con la Psicoterapia.

12. Y a nivel conductual ¿Cómo opera el fármaco?

R: mira sabes que depende tanto de cada estudiante, no te puedo decir que dos niños con los mismos problemas de conducta el medicamento haga el mismo efecto en los dos, pero sí creo que hay un cambio, creo que si disminuyen un poco las conductas disruptivas, se mueven un poco menos en la sala y en los casos con los alumnos con agresividad yo he visto muchos cambios, bajan mucho los niveles de agresividad con los medicamentos, con el Aradix y el Neoradix con el que se están medicando también, sobre todo en aquellos que tienen problemas en la agresividad, sí baja su nivel.

13. ¿Cuál es su opinión respecto a la Medicación?

R: yo era muy reacia era muy contraria al tema de la medicación y aquí aprendí a que de repente si es necesario, en algunos casos muy puntuales, muy puntuales, muy estudiados. Muchas veces teníamos discusiones entre comillas con el director porque él me decía: “mira yo creo que tal estudiante necesita ser medicado”, porque él es muy cercano con los estudiantes y con nosotros, no es como una figura lejana no, el director es muy parte de nosotros, entonces yo discutía con él, yo le decía: “no pero cómo lo vamos a tener medicado, si nosotros podemos trabajar con la familia, con los chiquillos, los podemos hacer cambiar, podemos aconsejarlos, podemos trabajar hartas técnicas”. Y yo aprendí con el tiempo que a veces no da resultado y cuando empecé a acceder a que estuvieran

medicados, si empecé a ver los cambios, entonces en el minuto que se le quiten esos fármacos yo espero que la Psicoterapia a su efecto.

14. ¿Cómo era el comportamiento de este estudiante? ¿Debido a que era necesario medicarlo?

R: tenía muchas conductas disruptivas, a veces se enojaba y salía de la sala, y eso tiene que ver con la tolerancia a la frustración, él salía y le pegaba combos a las murallas y a las puertas, pero ha disminuido, ahora lo piensa, al menos lo piensa antes de pegarle a la muralla.

Yo siempre le hacía el alcance de que él por muy enojado que estuviera, por muy eufórico que estuviera jamás le pegó un compañero, jamás porque él sabía, yo le decía: “¿pero si algún día te vas a las manos y le pegas a un compañero?” y él me decía: “es que yo pienso y sé que no tengo que pegarle, pero necesito moverme, necesito votar esta rabia”, le pegaba a las puertas y a las murallas, hoy en día ha entendido en base a los fármacos creo yo, a la Psicoterapia y a los castigos que también ha tenido acá en el colegio, que él no lo tiene que hacer y que eso le trae consecuencias negativas sólo a él.

15. ¿A qué atribuye usted esta conducta disruptiva?

R: mira lo que pasa es que él tiene un historial familiar igual, o sea aparte de este Déficit Atencional, él tiene problemas de tolerancia a la frustración, agresividad, mucha rabia acumulada, porque tiene una familia muy disfuncional.

Él vive solo con su mamá, tiene 17 años, el papá no estuvo presente durante 10 años de su vida, lo dejó no quiso saber nada de él, y ahora el papá está recuperando el terreno perdido, entonces también yo siento que él se está acercando a su padre, también esto le ha ayudado a disminuir un poco esta rabia, porque eso era lo que tenía acumulado quizás, el sentir que nadie lo respaldaba, que estaba solo, que se las tenía que ver por el solo y su forma de descargarse era esta. Pero hoy en día es un amor, está más tranquilo, con una vida familiar que se está recomponiendo, es súper inteligente, a todo esto los alumnos con Déficit Atencional, me faltó decir algo súper importante, son súper inteligentes, son lentos a veces, no contestan a veces porque no quieren, porque prefieren salir de la sala, porque

les carga estar sentados una hora, pero son súper inteligentes, súper inteligentes, a mí me asombra, de verdad que me asombra lo inteligente que pueden ser, el Déficit Atencional de ninguna forma tiene que ver con que a lo mejor sean menos inteligentes sin embargo a veces tienen bajas notas porque no termina la prueba porque la encuentra muy larga, porque prefieren salir, porque están enojados, porque se quieren parar, porque están copiando al de al lado, pero son muy inteligentes.

16. Tú mencionabas que no les agrada estar sentados durante cierto tiempo ¿Cómo se podría relacionar el entorno, el espacio físico con este Trastorno por Déficit Atencional?

R: yo siento que el sistema educativo igual tiene un poco que ver, que los chiquillos estén sentados una hora y media escuchando un profesor, son niños, son adolescentes, yo siempre digo que si no se movieran sería el problema, ahora sí se mueven es parte de la etapa, cuando un niño se mueve mucho en la sala, o molesta el compañero o se ríe mucho, los chiquillos habla mucho acá también, es muchas veces porque una hora y media es demasiado para ellos. Entonces lo que los profes y nosotros estamos trabajando es que, la mitad de la clase sea teórica y la otra mitad de la clase sea muchísimo más práctica, nosotros tratamos de sacar mucho a los chiquillos del colegio, los llevamos a la plaza, al CECAL (Centro Cultural de la Universidad de Concepción) que está aquí a la vuelta, los llevamos a exposiciones, el profesor de ciencias.

Gracias al Programa de Integración, por el aporte que nos llegan ha permitido comprar muchos materiales, entonces hay materiales para hacer experimentos, la profesora de matemáticas también ha tratado de sacar un poco más a los chiquillos de clases, hacer tutorías con los mejores alumnos, que vengan en otros horarios y a veces no hay tanta participación, porque los chiquillos vienen aquí muy desmotivados, entonces a veces hay que tratar de hacer actividades mucho más lúdicas y yo creo que así han enganchado alguno, entendemos que ni los con Déficit Atencional ni los otros pueden estar sentados tanto rato, les hacemos muchos talleres acá también.

A parte de las clases que ellos tienen, tienen siete ramos, cinco básicos que son: lenguaje, matemáticas, ciencias, historia e inglés y la formación instrumental que es propia de la educación de adultos, pero que nosotros tratamos de enfocar a Consejo de curso, trabajar el tema del ingreso a la educación superior, las habilidades sociales, etcétera. Y estos

talleres son de música, teatro, mandalas, fotografías, fútbol, kendo que es un arte marcial, tienen taller de baile para las niñas de tipo coreográfico, entonces por eso también los chiquillos tienen una nota y esa nota va directamente al ramo que ellos quieran en el libro, no se ejemplo matemáticas que es siempre el ramo que es más difícil, matemáticas, inglés, ellos ponen su sietes de los talleres en esos ramos.

Entonces nosotros entendemos también que los chiquillos, está bien tienen que tener una excepción, una formación instructiva del currículo que tienen que aprender, pero también tienen que aprender a compartir con sus compañeros, que se relajen un poquito y también a muchos nos ha pasado que han descubierto sus talentos, porque a veces dicen: “yaaa me voy a meter al taller por la nota”, pero finalmente terminan descubriendo que son súper buenos para cantar, que son súper buenos con las manualidades, que el teatro los relaja, que en Kendo pueden votar un poquito la energía, entonces nosotros también tratamos de darle ese enfoque y que ellos entiendan que venir al colegio no es sólo a estudiar, sino que también a hacer otro tipo de actividades, le damos harto énfasis a eso y nos ha dado súper buenos resultados.

17. ¿Los estudiantes como perciben estas medidas del colegio?

R: les encanta, les gusta mucho el tema de los talleres y están siempre preguntando y nosotros también hemos conversado harto esto y nos hemos dado cuenta que quizás por eso a veces no funciona el sistema regular y sentimos, porque lo hemos conversado en muchas oportunidades, en Consejo y qué sé yo, que esta es la educación del futuro, o sea no estar 30 y tantas horas en clases.

Hacer talleres de acuerdo a lo que los alumnos digan, porque son talleres que ellos nos han pedido.

Los Profesores que trabajan aquí son los mismos Profesores que hace los talleres, entonces ven al Profesor dentro de la sala pero también ven el Profesor fuera de la sala, por ejemplo la Profesora de lenguaje es la Profesora de teatro, el profesor de historia es el Profesor de artes marciales, el Profesor de inglés es músico y tiene una banda y le enseña a los chiquillos, la Psicopedagoga hace un taller de primeros auxilios, la Profesora de diferencial hace pintar a los chiquillos, yo hago un taller de mandalas, el Orientador hace un taller de fotografía, entonces todos estamos con los chiquillos fuera del aula, de la oficina, en otras cosas, acercándonos mucho más a ellos, que ellos nos vean cercanos y

de repente te quieren y por eso se portan mejor en clases, hacen callar a sus compañeros: “oye pero cállate no ves que la profesora está hablando”, porque nos toman cariño, entonces ha tenido muchos beneficios el tema de los talleres.

18. ¿Cómo ha sido su experiencia respecto al ejercicio de la Psicología, con este diagnóstico?

R: mira te puedo hablar desde mi experiencia con los alumnos acá... muchas veces tener Déficit Atencional o hiperactividad es parte de su personalidad, a veces uno puede trabajar muchas cosas, pero a veces es parte de la persona, entonces no le puedo pedir, tengo una alumna con altos niveles de desatención, que tiene un Déficit Atencional gigante, pero ella llegó así, yo le puedo entregar ciertas sugerencias como para que ella se ordenó un poco, se acuerde de las cosas, pero ella me dice: “Kata yo estoy trabajando contigo, tú estás hablando pero mi mente está en 50 partes distintas”, entonces de repente una dice: - “chuta ¿y si es parte de la personalidad de los alumnos?”- y una veces no tiene que intentar cambiarlos, sino que nosotros adaptarnos a sus características y que los profesores dentro del aula también se adapten a sus características.

Ahora, nosotros claro que trabajamos ciertas técnicas y hay algunas que surten efecto y otras que simplemente no, y en algunos estudiante algunas técnicas si y en otros otras no, pero yo creo que el tema del déficit atencional si está sobrediagnosticado, de repente pueden ser otro tipo de problemas y que se solucionan súper fáciles.

También creo que el tema del trabajo con un profesional externo, que uno esté en contacto siempre, con el Psiquiatra, con el Neurólogo o con el Psicólogo que le hace la Psicoterapia afuera y nosotros le hacemos el seguimiento, es súper beneficioso y súper productivo para los chiquillos, estar en constante contacto con ellos, yo le entrego sugerencias de cómo trabajar con ellos, es una retroalimentación mutua en el trabajo y yo creo que eso surte mucho efecto en los chiquillos.

19. Usted mencionó que a veces hay otros tipos de problemas que se relacionan con el Déficit Atencional ¿Cuáles son esas problemáticas?

R: a veces se muestran un poco rebeldes, porque además están en una etapa complicada, la adolescencia es una etapa complicada, es una etapa nueva siento yo, porque 50 años atrás no existía la adolescencia tú eras niño o eras adulto, no existía esta etapa, entonces hoy en día esta etapa es importante, hay que entenderla con las características que tiene.

Entender también que nuestros niños y nuestros adolescentes reaccionan de la forma que pueden al ambiente o sea nuestra sociedad hoy en día es una sociedad súper individualista, súper competitiva, súper agresiva también, en las noticias lo único que muestran son robos, asaltos y violaciones y a eso están expuestos nuestros niños y adolescentes y con eso han crecido entonces nosotros a veces tenemos que ser súper empáticos con ellos y verlos.

A veces me pasa que los veo como víctimas de un sistema, tú puedes decir que soy exagerada, pero los veo como víctimas de un sistema que les ha enseñado que el mundo es de repente súper agresivo, que es súper competitivo, entonces ellos con las herramientas que tienen a veces reaccionan.

Entonces nosotros hemos tratado de entenderlos así, que la adolescencia es difícil que es una etapa donde están buscando una orientación en todo sentido, es una etapa donde ellos no saben qué hacer, no saben cómo reaccionar, ya no son niños, pero tampoco son adultos, a veces reaccionan como niños, a veces como adultos, a veces quieren que los trates como niños, a veces quieren que los trates como adultos, entonces para ellos también es una etapa súper confusa, para la gente que trabajamos con ellos es una etapa súper confusa por qué un día sí y un día no, y a veces un día blanco y al otro día negro, entonces hay que ir cambiando con ellos.

20. ¿Y de qué forma adaptarse a sus cambios y necesidades?

R: conociendo los súper bien y mostrándoles apoyo, con un interés súper transparente y genuino, ellos son súper perceptivos, se dan cuenta cuando tú estás trabajando con ellos porque tienes que hacer la pega a cuando tú estás interesado de verdad en ellos y ellos lo notan, entonces lo primero es tratar de vincularse, ser súper transparente y súper coherente con ellos.

Por ejemplo yo muchas veces les digo que tienen que ser puntuales, que tienen que cumplir con la hora, pero si ellos ven que un día llegaste tarde, no les puedes dar esas sugerencias, no les puedes decir eso jamás porque tú ya no fuiste coherente con ellos, si tú les dices tal día tienes que traer un trabajo o una prueba o una actividad lista, o se les pierde la prueba con el trabajo que hicimos o no me acuerdo de algo ellos inmediatamente lo notan, tienes que ser súper coherente también con los niños y con los adolescentes, porque así te hacen caso, si no, no.

21. ¿Cómo interesarse en el mundo de ellos?

R: primero preguntarles, porque uno tiene una idea súper del libro de lo que es la adolescencia, pero los adolescentes son todos súper distintos entre sí entonces, si tú no conversas con ellos, si tú no les preguntas cuáles son sus intereses, que quieren ser el día de mañana, porque están enojados o porque pateó la puerta ellos no se vinculan contigo, en cambio si tú le preguntas por sus intereses, si les demuestras que pueden confiar en ti, se vinculan inmediatamente.

A nosotros nos pasa que a veces llegan a principio de año como aquí vengo yo, soy súper choro, soy súper bacán, pero de repente tienen un problema y tú los miras y les preguntas y son unos pollitos, vuelven a ser niños porque necesitan el afecto, necesitan el interés, muchas veces son rebeldes por llamar la atención y no porque quieran, no es que ellos digan así como tía me levanté apestado, hoy me levanté altanero, reacciona así no más y uno tiene que estar ahí con mucha paciencia con harta tolerancia, a veces te cuentan muchas cosas, de repente no sé, el tema de la marihuana, el tema del alcohol, hay que saber tratarlo también, pero siempre yo creo que el vincularse y tratar de interesarse en su vida de forma individual, porque son súper distintos.

22. ¿Cómo se podría relacionar el sistema educacional con el desarrollo de este Trastorno por Déficit Atencional?

R: yo creo que el sistema educativo está cambiando, yo veo los cambios en el Proyecto de Integración, antes los alumnos que tenían un trastorno por Déficit Atencional eran sacados de la sala para trabajar fuera con el especialista y después volvían, hoy se trata dentro de la sala junto a sus compañeros.

La idea sería entonces que el sistema, los profesores, los establecimientos educacionales fuesen los que se adecúen a sus características y no sólo con los alumnos que están en el Proyecto de Integración, yo creo que todos deberían ser diagnosticados o todos deberíamos conocer las características de cada uno de los 30 alumnos que están dentro de la sala y hacer pruebas distintas, si no todos aprendan de la misma forma, o no porque tú no tengas un problema vas a aprender mejor que otros, sino que hay que adecuarse a ellos hay que adecuar el sistema y el apoyo cuando lo necesite. (Diferencias individuales)

Nosotros acá tenemos la política de que, ahora está la puerta cerrada, pero cuando estoy sola y estoy trabajando en algo siempre la puerta está abierta para recibir a los chiquillos, o sea si alguien me viene a golpear y yo estoy trabajando en algo mío, informes, etc., yo jamás les voy a decir no estoy ocupada venga después, nosotros siempre tenemos la puerta abierta para trabajar con ellos si quieren hablar.

Escuchamos mucho también sus propuestas, sus sugerencias de trabajo y siempre yo digo que es un trabajo de todos o sea ellos sugieren y nosotros vemos que podemos llevar a cabo y lo hacemos, o sea escuchar su opinión, escuchar sus sugerencias porque son ellos los que reciben el aprendizaje, son parte activa del aprendizaje, no puedes planificar algo, en el caso de nosotros una sesión sin considerar como se levantó hoy, qué problema tuvo ayer, qué quieres conversar hoy, e ir encauzándolos con las metas en tu sesión en tu Psicoterapia.

Entonces tomar su opinión, tomarlos en cuenta, el sistema educativo tiene que abrirse a lo mejor a lo que te digo yo, a este sistema, a este colegio, yo pienso que es la educación del futuro donde los chiquillos van a ir a clases, no tantas horas a sentarse, para tener talleres, van a tener actividades distintas, no todo se va a centrarse en lenguaje y matemáticas, por ejemplo acá tienen las mismas horas de lenguaje y matemáticas, ciencias e historia, son las mismas horas, nos encantaría poder tener educación física el día de mañana, porque en el sistema de adultos no se exige, pero si ellos tienen actividades donde pueden hacer deportes, pueden hacer algún tipo de actividad física, entonces el sistema educativo tiene que abrirse a esta posibilidad y tiene que abrirse a la posibilidad de trabajar con alumnos con Déficit Atencional, alumnos con quizás Inteligencia Limítrofe, alumnos Autistas, alumnos Asperger, porque hay o sea todos los colegios deberían tener un Psicólogo y un

equipo multiprofesional porque tú no les puedes decir a los alumnos sabes que no tengo a los profesionales adecuados para trabajar contigo entonces mejor busca de otro colegio, yo creo que todos los colegios que existen deberían tener a un Psicólogo, a un Fonoaudiólogo, un Profesor de Diferencial, un Psicopedagogo, etcétera porque los alumnos, porque los niños y adolescentes son diversos, cada día uno se va dando cuenta que son más dispersos, más diversos y nosotros somos los que nos tenemos que adecuar ellos y tener el equipo apropiado para poder trabajar.

Psicóloga 3.

Entrevista n° 3

- Fecha de la entrevista: viernes 13 de octubre de 2015
- Lugar: Café.
- Hora: 16:00 hrs.
- Duración de la Entrevista: 27 minutos con 20 segundos.

1. Nos encontramos con XXXXX XXXXXX, Psicóloga del DAEM de San Carlos, una comuna que pertenece a la 8va Región. Primero saber cómo se encuentra.

R: Yo muy bien gracias, muy cómoda ya para comenzar esta entrevista.

2. Para comenzar la entrevista me gustaría contextualizar ¿En qué consiste el trabajo psicológico en la institución donde desarrolla sus labores?

R: trabajo específicamente en el Programa de Integración Comunal de la Departamento de Educación Municipal (DAEM) de San Carlos, donde el trabajo consiste principalmente, bueno por una parte, generar un proceso de Psicodiagnóstico Integral, donde se implementen las baterías psicométricas, que son las más conocidas y clásicas: WISC y WAIS, en conjunto con la entrevista que se le hace al niño, con la que este niño amerita la evaluación cognitiva, entonces luego de esto hay que completar la documentación, el informe pedagógico, hay una pauta de funcionamiento adaptativo propia del Equipo Multiprofesional (EMPROF), que es muy parecida a la del Dimalan pero adaptada, se hace la entrevista a los padres y desde ahí se construye el informe que da el diagnóstico del niño, que indica, si amerita o no ser ingresado al Proyecto de Integración, cuando por lo general no es ingresado y el niño que presenta dificultades en su rendimiento académico se deriva al Psicopedagogo, para que le haga la derivación, de la batería EVALUA, que indicaría un posible DEA, o si yo determino una dificultad fonológica, se deriva a los especialistas, que amerite.

En el Equipo Multiprofesional trabajamos con equipos de Fonoaudiólogos, Trabajadores Sociales, Psicólogos y Psicopedagogo y esos cuatro profesionales vamos a la escuela, sin

embargo los Fonoaudiólogos no van a todos los establecimientos, nos vamos rotando, yo asisto a 5 escuelas, voy cada día 15 días y de forma diaria.

3. ¿Qué ha podido observar en las escuelas?

R: Este año me tocaron varias escuelas Rurales, así que es una vivencia distinta para mí, porque hay niños con harta vulnerabilidad social, harta deprivación educacional, niños donde sus papás son analfabetos, donde viven en una comunidad que no tienen vecinos, donde no comparten con otros niños, donde hay mucho machismo en el campo, no hay mucha perspectiva de continuar estudios, pero también hay una riqueza, donde los niños disfrutaban mucho las cosas simples, niños con mucho juego saludable, en el sentido de que aun juegan mucho, todavía la tecnología no se los come, que disfrutaban de salir al aire libre, de cazar pajaritos, de andar jugando con la tierra, eso también demuestra la simpleza de la vida de campo y niños muy cariñosos, querendones, que te abrazan, que con pequeños gestos se ponen contentos.

Y bueno ahí se ven hartas necesidades, hartas familias con violencia, hartas familias con abuso, en los campos se vivencia mucho donde en las familias, primos con primos tienen hijos y eso va potenciando ciertas dificultades cognitivas, pero en general hartos niños de padres complicados, con historias duras, con hartas historias de maltrato y abuso y que lo van replicando a los niños.

4. Y en las escuelas urbanas ¿qué ha podido observar?

R: No es tan distinta, porque igual hay niños del campo que estudian en escuela urbanas, pero esta escuela urbana es más masiva entonces, de repente no es tan individualizada la atención, son más precisos los niños que requieren la atención, pero en estas escuelas se ve harta pobreza.

Yo he visto tanto en la Rural como en la Urbana; mucha pobreza, aunque uno piense que en realidad en Chile pobreza no existiera, tú vas a casas donde de verdad no tienen para comer, donde de verdad les cuesta mucho vestirse, se ve harta, harta pobreza, donde los papás de verdad no saben cómo llegar a fin de mes. O que los niños comen, lo que comen en el colegio solamente, en la casa no hay qué comer, entonces esas cosas como que uno a veces las tiene como invisibles, pero ahí se vive mucho eso.

5. ¿Qué tipo de problemáticas presentan los estudiantes que asisten a estas escuelas, tanto del sector rural, como del sector urbano?

R: Emocionales, harta desmotivación escolar, niños que no está en su interés aprender a leer, aprender a escribir, o sea no está dentro de su motivación ir al colegio a aprender, o sea a ellos les encanta ir al colegio pero a jugar a compartir, pero anda a sentarlos, no, no tienen interés en el aprendizaje en sí, niños con conductas disruptivas en la sala, violentos con otros compañeros, con sus Profesores, niños con harta discapacidad, moderados, que están en escuelas rurales, pero que no reciben la atención que debieran, porque son muy privados cognitivamente.

Niños con historias duras, que de repente eso también interfiere en el aprendizaje, o sea qué voy a aprender si tengo tantos problemas en la casa, hay tanto maltrato, tantas otras cosas que el aprendizaje se queda en segundo plano.

Hay hartos niños empastillados, muchos niños, o sea la directora tiene una cajita llena de medicamentos, uno tras otro, con todos los nombres de los niños, los niños van a tal hora a medicarse y hay una sobremedicación siento yo, porque niño que se empieza a portar un poco mal, derivémoslo al neurólogo y ojalá te lo empastillen, porque es la manera que tiene el Profesor de trabajar con él.

6. ¿Qué opinas acerca de la medicación?

R: creo que en algunos casos uno ve, que a algunos niños los centra, se ve que van aprendiendo, se logran concentrar un poco más y tienen avances, pero no estoy de acuerdo cuando se comienza tan pequeños, 6 o 7 años ya los niños están siendo medicados, encuentro que hay que ver otras estrategias, hay que ver que su cerebro no está preparado para el sistema educacional que tenemos, sino que tenemos niños sentados, siendo que los niños a esa edad tienen que estar jugando, tienen que estar aprendiendo de otra manera, que de repente nuestro sistema educacional está desajustado para ellos, yo creo que tan chiquititos no, ya en niños más grandes quizás ayuda, pero yo siento que el problema es del sistema más que de los niños, o sea ojalá que fuese la escuela la que pudiese adaptarse al aprendizaje de los niños, que es como debiese ser, no como está escrito en el papel, pero que en realidad no es así.

7. ¿Cuál es tu percepción acerca del sistema educacional actual?

R: tiene hartas falencias encuentro yo, por lo mismo, porque no está ajustado a los intereses yo creo, más que de los niños del ser humano.

Bueno yo he tratado de estudiar las Neurociencias, no soy una experta, pero como la neurociencia nos indica de cómo está hecho nuestro cerebro y cómo se va desarrollando, ciertamente el sistema educacional no se adecúa a esto, a lo que las Neurociencias nos indican, o sea cuando aparece el pensamiento formal, cómo van aprendiendo los niños, aquí los apuramos mucho más, a lo que debiese ser.

El aprendizaje debiese ser desde la experiencia, no desde una entrega solo de información y ya desde el primero básico le estamos puro entregando información y no les estamos dando la posibilidad de que ellos aprendan haciendo, desde sus experiencias, desde sus inquietudes, desde el compartir con los otros, un aprendizaje más libre, desde el movimiento del cuerpo, cierto, porque cuando somos niños aprendemos desde nuestro cuerpo, desde nuestros sentidos, entonces no, no está adecuado, estamos obligando a los niños a... a una entre comillas “madurez” acelerada, que, o sea no es que los niños sean inmaduros, sino que el aprendizaje está ajustado a esa edad, entonces es como que los estamos apurando, por eso siento que hay muchas falencias.

Algunos niños si logran adaptarse a esto, pero los que no sufren, son las cruces de la escuela, son los niños donde nadie quiere entrar a clases, los Profesores los etiquetan, el niño cacho, cierto, que no aprende, que está repitiendo curso o que lo tenemos que empastillar, que los derivamos al Psicólogo, al Psiquiatra, que lo llevamos de aquí para allá, yo creo que tiene que ver mucho eso.

8. Desde lo que ha podido observar ¿Qué tipos de diagnósticos se están medicando actualmente dentro del sistema educacional?

R: bueno el Déficit Atencional, es cómo EL diagnóstico que está siendo medicado y si hay algún niño con diagnóstico Psiquiátrico también. Hay algunos niños que tienen el

diagnóstico de Oposicionistas desafiantes, que también son medicados por ese tema, por Depresión también son medicados.

9. Entrando de lleno en el tema que nos convoca ¿Qué opinas acerca del Déficit Atencional?
R: yo siento que es como más una característica del aprendizaje de algunas personas, un aprendizaje distinto más que un Déficit, porque también cuando uno busca en la literatura, se menciona que esto tiene mucho potencial, gente famosa que ha tenido Déficit Atencional, o gente muy exitosa en el futuro que ha tenido, es porque son demasiado creativos cierto, su mente anda de repente un poco más rápido que las palabras o más rápido que los demás, entonces yo creo que hay que abordarlo como un potencial, que son personas innovadoras, que son personas que se adelantan a los hechos, cierto, yo lo veo como alguien que es distinto, más que un déficit de algo, yo así lo veo, que ojalá encontráramos la receta de cómo nosotros enseñarles a estos niños para que aprendan pero de otra manera, pero no que son niños que tenemos que medicar para que ellos aprendan, o sea creo que eso para mí sería lo ideal.
10. ¿Cuál es tu opinión frente al diagnóstico?
R: yo lo veo con una mirada tan distinta que me cuesta verlo cómo un déficit, es como una multiatención, no como un déficit atencional, sino que una multiatención a diversos estímulos, porque están atentos a todo, entonces el diagnóstico lo ve como algo negativo y yo no lo veo así entonces no estaría muy de acuerdo desde ese punto de vista, yo lo vería más desde el punto de vista positivo, que tenemos a un ser humano distinto, que tiene otros potenciales, más que algo que le falte.
11. Y de acuerdo a esto que mencionas ¿Cómo opera el diagnóstico en las personas?
R: por lo general nosotros como PIE (proyecto de integración), por ejemplo el WISC (test de inteligencia para niños) no es tan preciso en indicar si el niño tuviese dificultades de atención, las pruebas complementarias en este caso nos dan luces, pero a veces eso no se ajusta a lo que tu observas o al juicio clínico o lo que te indican los profesores, entonces claro de repente hablando con , por ejemplo nosotros, qué preguntamos por un niño que tiene dificultades en la atención, si el niño pierde sus pertenencias, cierto, o se le olvidan las cosas, tu les das instrucciones y en ese momento no las recuerdan, ese tipo de

cosas bien cotidianas que a ti te dan luces de que el niño está teniendo déficit de atención. Pero por ejemplo acá se necesita que el profesional Neurólogo dé el diagnóstico o el papelito de que el niño tiene déficit de atención, entonces no vale con que yo lo diga o yo lo indique, sino que es el diagnóstico, pero muchas veces los Neurólogos no leen los informes que uno envía, los apoderados dicen que con suerte los miran, entonces de repente uno los lleva de la escuela, pero uno sabe que desde la escuela se hace la derivación, pero uno como Psicólogo sabe que no tiene el déficit, pero el Neurólogo igual lo diagnostica, o al revés, que uno ve que el niño tiene dificultades de atención y el Neurólogo no lo diagnostica, yo creo que en eso nuestros colegas Médicos, como que les falta precisar en cuanto a sus observación, dan entrevistas muy cortas, ven al niño dos minutos o tres minutos y ya te dan el diagnóstico o no te lo dan, siendo que el ser humano es mucho más complejo, no hay un estudio de casos tan significativo o tan profundo para darle la etiqueta al niño, de pronto es medio azaroso.

12. En los estudiantes ¿Cómo opera este diagnóstico?

R: Yo siento que lo tienen súper naturalizado los chiquititos, porque de hecho se les dice que ellos tienen que tomar sus vitaminas, eso es lo que le dicen a los niños, que se tomen las vitaminas para que les vaya mejor, para que se concentren, entonces los niños dicen: "tía me tengo que ir a tomar mis vitaminas". Entonces ellos lo ven como algo que les hace muy bien, algo que les hace súper bien.

Bueno yo tampoco he visto como tantos efectos adversos, pero en lo concreto tu vez que el medicamento sirve, en lo concreto tu vez que los estudiantes están más apaciguados, como que se están más concentrando en general, cuando la dosis está bien indicada, tu vez efectos más bien positivos que negativos, eso es cierto, no te lo puedo dejar de admitir, pero aun así no entiendo porque tenemos que utilizar un químico para lograr eso, eso es lo que me choca, porque tenemos que utilizar algo que no es natural, introducirles algo químico a los niños para lograr eso, no sé qué tan significativo va a ser a largo plazo.

13. ¿Cómo aborda el contexto familiar la medicación?

R: por lo general, como uno trabaja con familias vulnerables, ellos como que aceptan bastante la opinión de los profesionales, como ven que están medicando, su reacción es más bien positiva, porque lo apoyan bastante, en general buena acogida a la medicación,

en general yo veo buena acogida, son pocos, de repente papás que tienen un poco más de estudios como que se lo cuestionan más, yo diría que la gente que no tiene estudios como que confía en lo que dice el médico, lo que le dice el profesor, no discuten más allá.

14. ¿Cuál es la percepción del EMPROF (Equipo Multiprofesional) respecto a la Medicación?

R: Desde el área de los Psicólogos, ya que somos nosotros los que trabajamos más con ese diagnóstico, bueno sí, hay más opiniones con tendencia a que ojalá no sean tan pequeños medicados, a que se agoten todas las estrategias para que el niño aprenda, que la Educadora Diferencial, que la Psicopedagoga que va a apoyar en el Aula se esmeren en crear estrategias para que se logre el aprendizaje, ojalá que se haga eso antes que la medicación, tampoco nunca hemos estado promoviendo la medicación, yo no lo veo así.

15. ¿Cómo ha sido su experiencia respecto al trabajo con los/as demás profesionales?

R: en general bien, yo trabajo con distintos equipos, en cada escuela estamos con distintos colegas, entonces también hay variedad, con gente que tiene un poco más de feeling, con gente que es más fácil comunicarse, con gente que todo sale más fluido y otras que la comunicación no es tan fluida o los ritmos de trabajo son distintos, pero en general yo diría que mis colegas son bastante profesionales.

Bueno se trabaja más a nivel de las derivaciones, que de las intervenciones, lo que yo le comentaba antes, lo recomendado es derivar los casos y no intervenir.

Sin embargo, se propone una intervención que busque trabajar con ese niño con déficit de atención, a que aprenda a controlarse, que el niño esté medicado pero que por otro lado tenga atención psicológica, para que el niño pueda entender las consecuencias de sus actos, genere un autocontrol sobre todo cuando hay hiperactividad, un trabajo con la familia, pero no siempre ese triángulo se puede hacer, por tiempo, por coordinación, por competencias también uno como profesional, porque hay casos que igual son difíciles de trabajar, los niños disruptivos no es fácil! No hay receta, a veces no te sientes con todas las herramientas técnicas para trabajar con casos más complejos.

16. Desde la Psicología ¿Cómo se ha abordado el tema, según su percepción?

R: Desde el área Psicológica, lo ideal es trabajarlo así, que tiene que ser un estudio de casos y bien detallado, porque el diagnóstico está así como un súper “receta”, que indica lo que el niño tiene que tener, como el niño se debiese comportar para tener ese diagnóstico y que obviamente la intervención debería ser a nivel familiar, a nivel de profesorado, porque también tenemos que hacernos responsables de Psicoeducar con respecto al diagnóstico, como trabajar con ellos porque de repente uno, claro el profe no sabe trabajar con ellos, pero nosotros también les entregamos herramientas de nuestra área, más cuando los profes trabajan con 35 niños a 40 niños en la sala, los niveles de estrés y que de repente ellos emocionalmente no están muy estables, entonces son niños que no son fáciles de trabajar, sobre todo los hiperactivos, para los aprendizajes que esperamos a esa edad, para el currículum extenso, exigente que tienen las escuelas, que está súper normado, como que en primero tiene que leer, que en segundo tienen que aprenderse hasta tal número, tiene que multiplicar, tiene que dividir, y los seres humanos vamos a distintos ritmos.

17. ¿Cómo ha visto la infancia en este contexto?

R: bueno si tú piensas un bebé es hiperactivo, a un bebé saludable le podrías dar el diagnóstico de hiperactividad, pero eso nos está hablando de un ser saludable, pero uno de que a veces los diagnostican tan chiquititos, cuando los diagnostican con 5, 6, o 7 años yo siento que es una característica propia de los niños que sean inquietos que de pronto sean desatentos, que estén pendientes de muchas cosas, que separen del puesto, que sean inquietos que quieran correr, o sea también nos habla de un niño que quiere aprender que está descubriendo el mundo que en el fondo de saludable, porque tenemos que poner eso en una categoría de déficit, como de una enfermedad, yo creo que tiene que ver mucho con el desarrollo de los niños.

18. Y en ese sentido ¿De qué manera abordan la infancia, profesores y la familia?

R: a los profes les cuesta mucho entender, pero yo creo que lo miran desde la presión que tienen ellos con respecto al SIMCE, a mantener el estatus de la escuela, a que los niños tienen que aprender eso es un currículum muy extenso, son muy exigentes para esta edad, si uno recuerda las cosas que tenía que aprender a esa edad, yo noto que a los

niños los están exigiendo mucho más, mucho antes, mucho más apurados y en cantidad, como por ejemplo disertar pre kínder, cosa que uno lo venía a hacer mucho más grande, desde ese punto de vista igual yo me pongo en el lado del niño y si a mí me exige el colegio lograr cierto contenido, para mí el niño que está metiendo ruido o está molestando en clases es el problema porque no está dejando hacer bien el trabajo, entonces desde este punto de vista a ellos les cuesta mucho entender, porque están muy concentrados en su ejercicio profesional y más que los niños de verdad aprendan, o en la etapa que está el niño, eso les cuesta ver.

19. Desde su percepción ¿Cómo aborda el EMPROF el déficit atencional?

R: se intenta hacer esto: desde el punto de vista profesional nosotros realizamos un Psicodiagnóstico como también Psicoeducar a la comunidad, a los profesores PIE y a todos los docentes de aula común con respecto a ciertos diagnósticos de los niños. Además es necesario tener un acercamiento con el docente para explicarle como él debe trabajar con el niño, la educadora por su parte ve las adecuaciones curriculares adecuadas para este niño, pero siempre fiscalizando y viviendo todo, porque por una cosa de tiempo a veces no siempre se hace esto en todos los establecimientos, y muchas veces se hacen muchos talleres, pero uno a veces eso no alcanza a ver si tiene resultados o si se producen cambios reales también, se puede hacer talleres y enseñar pero en la práctica no siempre el aprendizaje mental y cognitivo llega a la praxis.

Psicóloga 4

Entrevista N° 4

- Entrevistado: Psicóloga Infanto Juvenil.
- Fecha de la entrevista: jueves 15 de octubre de 2015
- Lugar: Consulta Privada.
- Hora: 15:45 hrs.

1. Hola ¿Cómo estás?

R: bien muchas gracias, todo bien.

2. ¿Dónde nos encontramos, qué características tiene el lugar?

R: bueno este es un lugar privado, donde la mayoría de las personas vienen por su propia voluntad o bien derivados por algunos colegios, pero en general la mayoría está motivada a recibir ayuda, un porcentaje muy mínimo viene obligado, pero en realidad quienes vienen obligados. Se trabaja mayoritariamente con niños que es más o menos el 80%, niños, adolescentes y el 20% adultos.

3. ¿Con qué tipo de situaciones asisten las personas a esta consulta?

R: en general los niños asisten por dificultades a nivel conductual, ya sea impulsividad o problemas con la tolerancia a la frustración y la minoría con problemas en el sueño, eso más que nada. Y en el caso de los adolescentes problemas conductuales, problemas de ánimo. En el caso de los adultos es bastante variado, el ánimo las mujeres, celos y problemas con el control de impulsos.

4. ¿Cómo ha sido para ti la experiencia de trabajar como Psicóloga?

R: mi experiencia acá en la consulta particular ha sido bastante gratificante, la verdad es que los pacientes adhieren bastante bien, se logran ver resultados, la minoría como que se estanca y no hay resultados o hay que derivar, o abandonan, pero en general hay un buen pronóstico en la mayoría de los pacientes.

5. Previo a la entrevista, me comentabas que estás trabajando en otro lugar.

R: sí en un jardín.

6. ¿Qué características tiene el lugar?

R: bueno en este jardín hay muchos niños en cada sala, yo trabajo con niños que tienen problemas de conducta principalmente, que son agresivos y allí el trabajo te da la mirada de lo que ocurre en las dinámicas de las salas, de repente por ejemplo estos mismos niños agresivos, en las vacaciones cuando nadie va hay menos niños y se aprecia una conducta totalmente distinta en ellos, entonces hay que dar cuenta de lo importante que es la dinámica, de cómo las tías abordan las situaciones con los niños y ahí el trabajo es bastante lento, pero a la vez hay una buena recepción de parte de las tías, un trabajo en equipo donde se logran bastantes resultados se han visto resultados de cuando los niños salen de kínder cambiados, van así como súper bien, y muchos de ellos sabemos que no tienen problemas y oohh bien! Pero costó hartito para lograr eso.

7. ¿Qué diagnósticos se pueden observar en el área clínica?

R: en general yo no soy mucho de diagnóstico, pero cuando concuerdan todos los antecedentes o síntomas y hay un déficit atencional por ejemplo, ahí si se les explica a los papás para que ellos entiendan que su hijo, más que nada para aclarar las expectativas, porque ellos vienen con la presión de que su hijo es inquieto por ejemplo, que tiene problemas de atención, entonces hay cosas que no van a cambiar y que el ambiente es el que tiene que modificar o bien el ambiente tiene que promover ciertas condiciones para que el niño pueda funcionar bien.

8. ¿Cómo se han presentado estos ambientes familiares?

R: todos de distinta forma. Los papás vienen y para mí es muy importante ahondar en el ambiente familiar, porque por ejemplo los niños con déficit atencional necesitan un ambiente súper organizado y súper estructurado, con normas claras, con rutinas claras todo como súper establecido, entonces hay muchas familias que llegan acá y poco menos que me dicen: “que se quede el” y yo les digo que no, que la primera consulta tienen que venir solamente los papás, entonces eso de pronto les parece extraño, que quiera trabajar con ellos, me presionan un poco a traer al niño, pero hay ambientes que no son

adecuados para el niño, ambientes donde hay muchos cambios en el día, donde los papas corren, donde los papás no están organizados, estos niños de por sí por su inmadurez neurológica tienden a tener baja tolerancia la frustración, entonces muchos de estos ambientes tienden a ceder ante el niño que hace pataletas, que se pone irritable, entonces todas estas cosas hay que trabajarlas, de hecho hay muchos ambientes que quizás están tan ordenados que el problema del niño ni siquiera se nota o no es un problema, porque es un ambiente organizado, papás organizados, estructurados, entonces el problema ni se aprecia, pero en estos ambientes en el problema se aprecia mucho más, entonces hay que ahondar bastante, yo al menos ahondé bastante en ese tema.

9. Respecto a la familia ¿Cómo abordan este diagnóstico de Déficit Atencional?

R: yo creo que en general tienden a asumir el tema, pero no siempre, hay que estar motivando un poco para que ellos entiendan que son ellos los que tienen que asistir a algunas sesiones porque por ejemplo yo no empiezo a trabajar con el niño si el ambiente no es el adecuado, si no hay normas, si no hay reglas, si al niño se le da todo, no empiezo a trabajar si eso no está.

10. ¿Qué opinas acerca del Déficit Atencional?

R: que esta sobrediagnosticado, primero que nada, que en realidad ha existido toda la vida, que actualmente tiene una connotación bastante negativa, porque en realidad es algo que siempre ha existido, pero antes pasaba totalmente desapercibido, hoy en día en realidad cuando una persona nota que un niño tiene problemas de conducta, inmediatamente lo diagnostica, se estigmatiza al niño, la verdad es que lo veo como algo bastante negativo en la actualidad, como con las consecuencias que tiene a nivel escolar, de hecho muchas veces yo prefiero no diagnosticarlo, hay niños que llegan acá, que tienen toda la sintomatología, son niños con coeficiente intelectual normal y algunos superior, en realidad en ellos el problema es el manejo de la frustración, los impulsos y yo me dedico a eso y le aclaro a los papas que tengo como la impresión, pero no lo derivo a Neurólogo porque si no está interfiriendo en el rendimiento académico, en las notas particularmente no tiene ningún sentido y la Neuróloga también les va a decir que no.

11. ¿Cómo abordan los profesores este diagnóstico?

R: en los casos puntuales en los que ocurre, yo por lo general hago entrevista con los profesores, rara vez les envío informes y trato de coordinar con los profesores, les explico que más allá del diagnóstico lo que hay que trabajar es el control de impulso, el control de la frustración, entonces el tema de la hiperactividad.

12. Me hablabas hace un momento de la derivación, cuéntame más.

R: eso tiene que ver con los conocimientos que yo tengo, que en realidad cuando no hay interferencia el Neurólogo no da tratamiento y tampoco lo necesita, si es un niño capaz de entender por lo tanto hay que trabajar el autocontrol en él y eso es lo que se hace con los papás, de repente nos encontramos con la barrera del profesor, que sigue insistiendo, insistiendo y que también no entiende que el niño tiene un problema de control, de impulsividad y que necesita un ambiente más tranquilo para funcionar y el ambiente en el colegio no siempre es así, entonces nos encontramos con esa barrera, con que el profesor que presiona, que presiona, que presiona, que por qué no lo envían al Neurólogo que la Psicóloga no sirve de nada, entonces no entiende, entonces son bastante complicados.

13. ¿Cómo percibes el ambiente escolar?

R: demandante para los niños, también para los profesores, creo que la palabra demandante refleja todo, yo creo que en los colegios hoy en día no se disfruta, hay mucho que cumplir, muchas exigencias, que los profesores están exigidos, entonces les exigen a los niños, que hay mucha competencia, que finalmente están súper focalizados en las notas y no en otros aspectos que son importantes para la vida y para la autoestima de los niños.

14. ¿Cuál es tu percepción de la Medicación?

R: yo estoy de acuerdo cuando es necesario, eso quiere decir que cuando realmente veo a un niño que dentro de mi consulta claramente pierde la atención y está totalmente desfocalizado, que también eso ocurre en la casa y que también ocurre en el colegio que está teniendo malas notas debido a eso, cuando veo que eso si ocurre considero necesario el tema de la medicación. Personalmente yo sí lo considero necesario, pero sí como te insisto cuando veo un niño que funciona bien y que es capaz de controlarse en

otros lugares y que en realidad tiene un buen rendimiento, no. Y también considero necesario cuando su descontrol impulsos está teniendo consecuencias graves, como que el niño está peleando o está agrediendo demasiado o constantemente le están anotando, porque considero que eso va en desmedro de su autoestima, es un niño que generalmente se le está llamando la atención, entonces en esos casos también les he sugerido a los papás ver la posibilidad de realizar la consulta para que un especialista les de Ravotril o la Risperidona. Porque si no es un niño que está totalmente dañado por la profesora o por el colegio que le llama la atención, que los descalifica, que está constantemente así y después el niño no quiere ir al colegio, etc.

15. De acuerdo a lo que mencionabas anteriormente ¿Cómo se observa la Autoestima en niños/as diagnosticados/as con Déficit Atencional?

R: lo que pasa es que claro en los niños tú vas notando que no hacen las tareas, que no quieren ir al colegio, que en realidad están más frustrados, más desanimados, que en realidad en los test se aprecia que se borran que están ansiosos, todos esos síntomas que indican que los niños no la están pasando bien y no es la idea.

16. Frente a esta situación ¿De qué forma se interviene?

R: principalmente coordinar, sensibilizar al/a profesor/a primero que nada, explicarle un poco el tema porque hay una cosa que percibo yo, quizás un pensamiento mágico de parte de ellas/os, que hay un niño con Déficit Atencional y lo voy a derivar al neurólogo y el niño mágicamente va a cambiar, como que ellos/as ese es el concepto que tienen para que estén tranquilos y de hecho la pastilla no es para que ellos estén tranquilos, la pastilla en realidad es para aumentar sus niveles de concentración por ende debería estar más centrado en su tarea, pero ellas/os tienen esa expectativa, que la pastilla es para calmar el niño entonces por eso yo creo que tienen un concepto súper mágico y que eso le va a ayudar al niño, entonces no está focalizado en entregarles herramientas al niño que le permitan funcionar mejor, sino que lo quieren más tranquilo en la sala. Hay que sensibilizar bien a las profesoras para explicarles bien en que consiste el Déficit, cuando realmente es un Déficit, para que ellas/os entiendan cómo funciona el niño y que en realidad somos nosotros los que tenemos que entregarles herramientas y ahí ellos salen

con que en realidad son 35 o 40 alumnos por sala, que ellos no se pueden dedicar solo a un Alumno, bla, bla, bla, bla, bla, bla, bla, bla, bla, bla.

17. ¿De qué forma se aborda el Déficit Atencional desde esta área?

R: Yo intento focalizarme en una meta, trabajar más el control de impulsos, para que tratemos de que pueda llevarse mejor con sus compañeros, que no les pegue, que esto, que esto otro, que en realidad el Déficit en sí, no es un problema sino que lo secundario es el origen del problema.

También el abordaje dependerá de las consecuencias que te mencionaba anteriormente, por ejemplo un niño podría tener todas las características de un Déficit Atencional pero su tema es el descontrol de impulsos y debido a lo mismo es agresivo con sus compañeros, en el recreo les pega, entonces yo me focalizo en eso. En realidad trato de focalizar algo específico y a la vez tratamos de abordar otras cosas de manera indirecta, que los papás trabajen tales cosas, que la profesora trabajé estos y yo me encargo de trabajar esto.

18. ¿Cómo ha sido tu experiencia en el trabajo con niños/as diagnosticados/as con Déficit Atencional?

R: no con el 100% de éxito que yo esperaría, porque depende de factores externos. Pero lo que sí cuando se trata de conductas agresivas, del control de impulsos, la tolerancia la frustración específicamente, los resultados son bastante positivos. Pero siempre hago el alcance de que debe relacionarse con un tema de madurez, por lo tanto va ir mejorando a medida que el niño madure y que los resultados que, quizás como padres y profesores pueden no van a ser 100% logrados porque tiene que ver con un tema de madurez.

19. En los casos que consideras exitosos ¿Qué resultados has podido observar?

R: bueno los niños aprenden a controlarse de mejor manera, desarrollan un pensamiento más reflexivo, pero con el tiempo, eso no ocurre a corto plazo. También bajan los niveles de hiperactividad, pero siempre presentando recaídas, además son niños/as que por etapa evolutiva necesitan jugar y la sala no es un espacio adecuado, por eso digo que depende mucho de factores externos. Cuando se logra adaptar al niño al ambiente escolar se observan resultados positivos, ya no los retan tanto, su autoestima no se ve tan mermada

y eso ya es todo un logro. Por eso es importante trabajar junto a los demás profesionales involucrados, junto a la familia, etc.

En cuanto al rendimiento a veces mejora, pero eso ya es tarea del colegio, porque ellos cuentan con los recursos y especialistas para apoyar el aprendizaje, a mí me importa que más allá de las calificaciones el niño se pueda adaptar a su entorno, ayudándolo y entregándole más herramientas.

20. Y respecto a ese porcentaje que no aportaría al éxito ¿Cómo lo has experimentado?

R: es difícil, porque más allá de que aquí no se vean resultados, son niños que sufren, tanto por la estigmatización, por el rechazo, las agresiones muchas veces, son un problema para quienes le rodean, entonces yo trato de activar todas las redes, a los papás les solicito que sean más comprensivos y pacientes, que lo vigilen constantemente. Por eso considero necesaria la medicación, pero de que es un problema es un problema. Yo en lo personal atribuyo a que los factores externos influyen en esto, por lo que tampoco se puede hacer magia.

Aquí en la consulta se mueven constantemente, no podemos conversar tanto, entonces a veces no puedo conectarme con ellos. Por eso vuelvo otra vez al trabajo con la familia, ya que son ellos quienes puedan hacer mucho más.

21. ¿Nos podrías comentar sobre algún/a niño/a diagnosticado/a con Déficit Atencional que recuerdes?

R: sí de todas maneras. Hay un caso de un niño que tiene un déficit atencional pero tiene una inteligencia superior, a él lo tengo desde kínder. En realidad trabajamos en kínder y 1° básico, retomamos de a poco porque le cambiaron el ambiente. Aquí podemos notar el factor docente. Esta Educadora lo derivó trabajamos en coordinación, a fin de año hablamos, me dijo que estaba muy contenta por los cambios del niño, porque había avanzado, etc. pero el niño llegó a primero y empezó a tener algunas dificultades, se envió un informe comentando que efectivamente el niño tenía algunas dificultades en la impulsividad, le cuesta controlar sus impulsos, es un niño hiperactivo y necesita ciertas condiciones, porque en ciertos ambientes va a mostrarse, se le explicó esto pero la profesora insistió con la derivación a Neurólogo. Los papás quisieron retomar en unas sesiones y trabajamos y finalmente yo les sugerí que fueran a Neuróloga para que dejaran

tranquila a la profesora, la Neuróloga le envió un tremendo informe para decirle que el niño no necesitaba tratamiento y este niño siguió teniendo problemas conductuales de vez en cuando, lo anota en el colegio porque es la forma, la única estrategia que ellos tienen y que no es significativa para los niños y ahora el niño están segundo, de vez en cuando han sucedido algunas cosas y creo que ha sucedido bastante seguido, problemas de conducta, él termina rápido la tarea, es un niño que sabe leer desde kínder, por lo tanto en primero se aburrió mucho y este año creo que han ocurrido más cosas. Ahora hay un alumno en práctica en el Colegio, de Psicología que está trabajando con él y dijo que este niño en realidad tiene súper claro el tema del autocontrol, que era un niño con inteligencia superior y éste Psicólogo encontró que el niño estaba siendo súper exigido por los papas y me llama la Psicóloga del Colegio para informarme que tenía dudas si es que este niño estaba siendo maltratado en la casa, yo tengo a estos papás hace dos años, tres años y ellos jamás han llegado de mal humor, de hecho han llegado muy frustrados por el tema del colegio no saben cómo ayudarlo, entonces finalmente yo le explicaba a la Psicóloga del colegio que es tanta la presión que reciben del colegio que finalmente los papás viven presionando al niño y que en realidad se están focalizando en algo que no tiene nada que ver con el problema, que ahora como vieron que el papá de repente incurría en pegarle piensan que ese es el problema del niño.

Psicólogo 5

Entrevista N° 5

1. Estamos con el Psicólogo del DAEM (dirección de educación municipal) de Chillán. Primero preguntarle cómo esta.

R: muy bien, es un día agradable, un día primaveral, bien bonito, así que bien. Agregar que trabajo dentro del programa de integración escolar, que trabaja con los alumnos con necesidades educativas especiales, con distintos diagnósticos, dentro de ellos está: el déficit intelectual, como también el trastorno por déficit atencional.

2. ¿En qué consiste el programa de integración escolar?

R: el proyecto de integración ya lleva un par de años, hay un decreto a partir del 2011 donde el objetivo del programa es el de la inclusión de estos chicos, que antiguamente a estos niños se les atendía en aulas separadas del resto de sus compañeros y eso promovía la exclusión de cierta manera, la discriminación y ahora se pretende que los niños sean integrados con sus otros compañeros en el aula común.

3. ¿De qué forma se lleva a cabo la inclusión?

R: a través del trabajo con profesoras especialistas ya que apoyan al profesor de aula común, las profesoras entran al aula y están allí para prestar un apoyo adicional a estos alumnos, pero ahora el próximo año va a salir otro decreto, el decreto 73, que en el fondo el profesor de aula común deberá estar preparado para trabajar con el amplio espectro de las distintas necesidades y con este decreto el próximo año se pretende llevar a cabo la inclusión.

Ahora el profesor deberá adecuar una clase ya con objetivos, considerando que tiene distintos tipos de alumnos, pero ahora se está trabajando con profesoras especialistas, que van a la sala y dentro de esta prestan apoyo.

4. ¿Cómo cree usted que va a funcionar este nuevo decreto?

R: tengo mi opinión, no es muy buena porque yo creo que estos decretos se trabajan sin conocer la realidad misma, se tiene la idea de que esto se trabaja entre cuatro paredes sin

conocer la realidad misma de las escuelas. Es como que se llegan e implementa sin un plan piloto. No le tengo mucha fe. La idea es que si resultara, pero yo he visto mucha resistencia por parte de las profesoras que van a trabajar este decreto porque existe desinformación, tienen muchas dudas, así que por ese lado estoy un poco dubitativo, en cuanto al éxito que pueda tener.

5. ¿Qué características tiene este lugar?

R: estamos en una de las oficinas del departamento de dirección municipal, este espacio es compartido por dos programas, donde uno es el programa de integración y el otro es el programa de habilidades para la vida.

Y en esta oficina trabajan las personas que ejecutan estos programas, son psicólogos, trabajadores sociales y también psicopedagoga en el caso del programa de integración escolar, nosotros tenemos un horario donde hacemos permanencia de las escuelas, sin embargo el día viernes en la tarde hacemos trabajo de oficina, de tipo administrativo.

6. Respecto al trabajo de permanencia en las escuelas ¿En qué consiste?

R: cada profesional tiene sus distintas funciones, en mi caso como psicólogo, trabajando para el programa de integración mi tarea pasa por evaluar a los alumnos que pertenecen al programa, emitir su diagnóstico, a través de las pruebas que exige el ministerio, hay todo un reglamento donde el ministerio dice que hay instrumentos válidos para emitir un diagnóstico de un alumno, entre ellos está el WISC III v. ch. Y neurólogos y psiquiatras pueden emitir otro tipo de diagnósticos como por ejemplo el trastorno por déficit atencional. Entonces una de mis tareas es contribuir al diagnóstico de los alumnos, apoyar a los alumnos que están diagnosticados, en base a estrategias, se hace consejería los profesores, trabajo con apoderados. Se da mucho que los alumnos que están en este programa, aparte sus necesidades educativas, presentan problemas conductuales, entonces ahí mi tarea como psicólogo es solucionar eso, contribuir a una solución, ya sea trabajando individualmente con el alumno o derivándolo a alguna red o directamente con el profesor, en el fondo es emitir el diagnóstico y prestar una ayuda a los alumnos del programa.

7. Respecto al Déficit Atencional ¿Cuál es su opinión?

R: es un tema muy polémico, que es relevante en estos últimos años, no hay como un consenso. Si uno se pone a investigar en la literatura ve que hay dos posturas dicotómicas. Una está a favor, de que si existe, con teoría de que hay alteraciones en el cerebro y otra postura que es más sociológica donde se atribuye a otros factores ambientales, de la crianza, de la evolución de los niños, que ante tantos estímulos es una respuesta natural, hay dos posturas, por lo que no hay una opinión clara al respecto.

Ahora respecto a mi opinión yo creo que depende de cada caso en particular, puede ser que en algunos niños en verdad haya alguna alteración de tipo orgánica y en otros el trastorno sea consecuencia de otros factores; emocionales, alianza, etc.

Yo creo que cada caso es distinto, entonces hay que darse el tiempo para pesquisar bien, ya que a veces en estos alumnos que son más inquietos, se ocuparlo más fácil que es el diagnóstico médico y el tratamiento farmacológico, siendo que a lo mejor no en todos los casos el funcionamiento tiene que ver a nivel orgánico, entonces esa es mi opinión que hay que investigar bien y quizás dejar como última opción el tema más ideológico el tema médico.

8. Y dentro de estas dos perspectivas ¿Por cuál se inclinaría y por qué?

R: es bien complejo, porque quizás a lo mejor también las escuelas no están preparadas para este tipo de alumnos con este trastorno porque las características de ellos dependen de dos características de este trastorno, el niño que se distrae, que es pasivo, que no pone atención y el otro que el profesor no lo puede controlar por su excesiva inquietud, un niño que separa, que corre por el aula, que molesta al compañero, entonces hay de dos tipos. La escuela y los profesores no están preparados para trabajar con este tipo de alumnos, no están del todo preparados, los profesores a veces no encuentran las estrategias para controlar esta excesiva conducta, entonces mi opinión es que aún no ha habido un consenso de cómo se va a abordar esto al interior de las escuelas, cada curso lo aborda de manera distinta.

9. ¿Cómo es su percepción acerca de la Medicación?

R: Pensemos que el sistema educacional está diseñado de cierta forma que tenemos a profesores que deben lidiar con hasta 40 alumnos por sala, cada uno con distintos

caracteres y formas de comportarse y a veces es desgastante para los profesores tratar de controlar a estos estudiantes con estas características , sobre todo el que es inquieto ya... entonces lo que el profesor en general quiere es una solución rápida, no se va a dar el tiempo como para que se haga un trabajo o un proceso terapéutico, que se ocupen otras estrategias de crianza entonces, lo que quiere es poder hacer su clase tranquilo y el medicamento obviamente va a atenuar esos síntomas porque a los niños los va a adormecer, los va a tranquilizar, es como lo más rápido, ahora también hay todo un tema con medicar, que tiene que ver con los efectos secundarios muchos papás que se oponen, que genera adicción, genera alteraciones en el cerebro, la estigmatización de que su hijo este consumiendo medicamentos, de que su hijo que poco menos que tiene la etiqueta de enfermo, entonces necesita el medicamento para poder funcionar. Personalmente no estoy muy de acuerdo, aun así lo entiendo en algunos casos, yo me pongo en el lugar del profesor y sé que para él también es desgastante lidiar con alumnos con estas características, o sea por ejemplo si tú me preguntas y yo tuviera un hijo con esas características, evitaría por todos los medios posibles no medicarlo, a no ser que fuera una última opción.

10. ¿Qué otras alternativas a la medicación podrían existir?

R: bueno hay tratamientos alternativos que ya están aprobados, que se están implementando en algunos consultorios, por ejemplo las Flores de Bach. El Biomagnetismo, las terapias alternativas ya se están instalando como formas de tratamiento, a veces tiene que ver con que una de las que menos se ocupa como proceso terapéutico. A veces el niño puede estar haciendo sintomatología de un conflicto de los padres y por eso también viene este comportamiento para llamar la atención, se ponen más agresivos, pero como esos tratamientos implican una mayor cantidad de tiempo, implican una constancia, pero son los menos que se ocupan, ya... Pero existen tratamientos alternativos, ahora quizás no existen las facilidades para que las personas puedan optar a este tratamiento.

11. Respecto a la familia ¿cómo abordan este diagnóstico?

R: cada familia tiene distintas opiniones, hay padres que se oponen al tema de la medicación o en un momento acceden ante la presión de los colegios, por ejemplo sacan la hora al Neurólogo, sacan hora para las pastillas, tienen la receta pero en el momento de

dárselas al niño, no lo hacen, es como una resistencia, colaboran con cierta parte para dejar contento al colegio, pero al momento ellos dicen sí sí, pero no se la dan o de repente los mismo niños dejan de tomarlo porque se sienten de repente cuestionados por sus compañeros, ellos mismos se dan cuenta de que el medicamento los adormece mucho entonces se genera una resistencia, de que ellos ya no son los mismos y algunos papás si acceden por que el mismo niño aparte de generar los problemas en la escuela, también los genera en la casa, entonces los papás dice: -“yaaaa en realidad esto sí lo calma (medicamento)”- y son los que son más constante en, no se hacen problema en torno a la etiqueta ni nada, para ellos el niño está tranquilo y ellos son felices.

Hay distintos tipos de familias, algunos lo aceptan otros se retractan. Los que no aceptan ni por nada y los que sí porque ven que el niño es más controlable.

12. ¿Las escuelas donde ha intervenido cómo abordan este diagnóstico?

R: En las escuelas el diagnóstico esta como bien valorado, en el sentido de que no existe tanto reparo de diagnóstica a un niño con este trastorno. Podemos ver algunos beneficios que tiene para la escuela tener niños con este tipo de diagnósticos, con estos diagnósticos entran al programa de integración escolar, estos alumnos reciben mayor subvención en los diagnósticos y el alumno que es un alumno conflictivo, inquieto, para la escuela tiene un sesgo positivo, el tema del diagnóstico, esa es como la impresión que me da, es como que los tranquiliza de repente, un alumno con esas características y al momento de informársele que ahora el niño tiene el diagnóstico como que de alguna manera los tranquiliza: -“aaa ya este niño es así por esto”-. Así que la escuela toma positivamente la etiqueta de estos niños.

13. ¿Cuál ha sido su experiencia respecto al Déficit Atencional?

R: con algunos estudiantes que tienen el diagnóstico, yo he visto a chicos que tienen este diagnóstico y de verdad que responden a todos los criterios que establece el DSM – IV, responden muy bien a estas características, para que sea un TDA de libro, también he visto a otros niños que caen en este diagnóstico pero de repente por la misma interacción me quedan ciertas dudas, porqué se llegó a etiquetarlo con este diagnóstico porque veo de repente que son otros temas, temas de maduración, de problemas emocionales, de momentos específicos que estén pasando que los hacen más distraídos, o más inquietos

entonces me ha tocado ver niños que de verdad responden a este diagnóstico y otros que no. Sin embargo fueron diagnosticados porque era como lo más rápido. La interacción con un niño TDA a veces resulta frustrante con los niños que de verdad tengan este diagnóstico, cuesta mucho mantener su atención, se distraen muy rápidamente, sin inquietos, entonces para la persona que trabaja con ellos es desgastante, entonces por ese lado, se entiende también el desgaste que puede sufrir un Docente, que aparte de trabajar con niños, tiene que tener 20, 30 o 40 niños más, así que en realidad sin chicos bastante demandante, tenerlo continuamente estimulados o haciéndole tareas novedosas, donde hay que estar muy muy pendiente de ellos, en cualquier momento uno se descuida y están haciendo quizás qué cosa, así que son alumnos que requieren harta atención.

14. ¿Cuál es su percepción acerca del trabajo que llevan a cabo los proyectos de integración, en las escuelas de Chillán? ¿cómo funcionan actualmente?

R: El programa yo creo que trabaja bien, en el tema de que cada escuela municipal cuenta con un programa de integración y cada programa cuenta con profesores especialistas que están como preparados para apoyar estos niños en el ámbito pedagógico, psicopedagógico, ayudando a los profesores con el tema de las adecuaciones, trabajando con ellos algunas habilidades, en ese sentido está bien implementado las profesoras están capacitadas.

Ahora el tema de los profesionales externos, donde entran los Psicólogos, Trabajadoras Sociales, a lo mejor ahí tenemos problemas, por ejemplo la cantidad de profesionales, no da abasto para cubrir la cantidad de escuelas y de niños que tiene el programa, entonces muchas veces nosotros recibimos críticas de parte de los usuarios del programa y de las familias y de los profesores, por el hecho de que hacemos una constante rotación, en algunas damos solamente un apoyo por dos o tres horas, ya que no alcanzamos a cubrirlas todas, entonces de repente nuestra labor se ve menoscabada por eso, si no hace esto los profesionales llegan y saludan y se van, entonces qué es lo que hacen ahí. Idealmente sería tener a estos equipos una jornada completa en una escuela, para que el trabajo fuese más civilizado, así que yo creo que por un lado se trabaja bien y por otro esta ese sesgo que hay. O de repente muchos profesores exigen un trabajo mucho más clínico con algunos alumnos, usuarios del programa que ante un problema de comportamiento te piden una solución rápida, ante un trastorno te piden la solución

inmediata, entonces cuesta hacerle comprender que eso no es posible, que es muy difícil, decirles que son procesos, a lo más pueden entregar son orientaciones para el manejo o derivaciones a las redes que tenemos de apoyo, así que ese es el gran problema que tenemos, el tema de los recursos, pero no se puede contratar a más profesionales, uno por los espacios físicos, aquí no podríamos tener más gente y tampoco creo, no sé si estarán los recursos.

15. ¿De qué forma interviene el proyecto de integración en el Trastorno por déficit atencional?

R: En distintos niveles. Por ejemplo aquí tenemos Psicopedagogas que pueden trabajar con este diagnóstico, el tema de estrategias para mejorar su atención (**estimulación cognitiva**) reducción de impulsos, ellas están capacitadas para trabajar con este tipo de alumnos, a nivel cognitivo, ayudarlos en esas habilidades, los equipos Psicosociales, las duplas, pueden trabajar con los apoderados en el tema de la Psicoeducación, explicándoles un poco las características de este tipo de alumnos y el manejo al interior del hogar, que a lo mejor estos chicos son un poco más demandantes para los padres, eso a veces incluye el castigo físico y eso a veces agrava más la sintomatología, entonces también se apoya trabajando con los alumnos, trabajando a nivel de talleres, a los profesores también se les dan estas charlas, profesores de aula común y se trabaja mucho con los alumnos que viendo que ellos también lleven sus controles con el Neurólogo periódicamente, contactando a los apoderados y viendo si mantienen el tratamiento.

16. Usted mencionaba que el castigo físico agravaba más la sintomatología ¿En qué observa aquello?

R: con algunos chicos he sido testigo, de que en algunos está la intención de mejorar la conducta, pero hay una fuerza superior a ellos que se lo impide, dicen: -“yo en verdad quiero poner atención pero hay algo que”- hay como una fuerza que no pueden controlar que los hace así, algunos se dan cuenta y se sienten frustrados, entonces al ser castigados físicamente estarían más con esa sensación de frustración, de sentirse a lo mejor incomprendidos. Entonces no es una buena medida porque hace sentir al chico más incomprendido en su diagnóstico, bueno creo que el castigo físico no es apropiado ni para los que tienen el diagnóstico, ni para aquellos que a lo mejor no lo tienen, ninguna medida

violenta es recomendable, puede generar un cambio en el corto plazo, pero a largo plazo no es una medida efectiva.

Psicóloga 6

Entrevista N° 6

1. Estamos con la Psicóloga del Colegio xxxxx xxxxx, primero preguntarle ¿cómo se encuentra?

R: Yo muy bien gracias.

2. ¿Qué características tiene el establecimiento?

R: tenemos esta oficina que es amplia como puedes ver, tenemos harto espacio, yo la encuentro acogedora, le pondría un poquito más de adornos pero todavía no está la parte económica para eso.

También tenemos dos aulas de recursos que eso no se tiene en todos lados, una está alfombrada y la otra no, pero también contamos con bastante espacio para trabajar hasta con 15 niños al mismo tiempo bien, con harto espacio, tenemos hartos materiales, estamos como en implementación e infraestructura más que felices hasta el momento.

3. ¿Qué actividades se llevan a cabo en las aulas de recursos?

R: se hace de todo, talleres, las profesoras especialista hacen lo que corresponde a su aula de recursos, ya que tienen 45 minutos de aula de recursos semanales, entonces ahí hacen diferentes actividades, específicamente no las conozco, porque siempre van variando, hacen pruebas o las pruebas que están atrasadas, la evaluación diferencial, aparte de esto hay que darle más tiempo a algunos niños para que puedan contestar la prueba en más tiempo.

Si en la sala de clases no hay tiempo en las asignaturas, se toma a un niño y las profesoras hacen sus horas de especialista y yo la uso para hacer talleres, de qué tipo, de todo tipo: desde estimulación cognitiva, hasta sexualidad, los temas de hábitos de estudio una amplia gama de cosas que se pueden hacer con los niños.

4. ¿En qué parte del colegio trabajas actualmente?

R: trabajo en mi oficina que es esta, trabajo en el aula de recursos que está al lado, que es el aula de recursos formal y la oficina de la coordinadora donde se reúne el equipo.

5. ¿Quiénes integran este equipo?

R: En este momento la coordinadora es una Psicopedagoga, anteriormente era una Asistente Social, pero ahora está con prenatal. Luego de la coordinadora que es Psicopedagoga, hay tres Profesoras de Educación Diferencial, hay una Fonoaudióloga, estoy yo y hay una cuarta Profesora de Educación Diferencial, que viene por 10 horas que la había olvidado, ese es el equipo de integración.

6. ¿En qué consiste el trabajo del equipo de integración?

R: hace muchas cosas, esta como en la parte de... se supone que tenemos que ayudar a la inclusión, más que a la integración a la inclusión, eso quiere decir estar en todas las actividades del colegio, si hay una gala ahí está el equipo de integración, hasta para mover las sillas, o ser parte de los jueces o evaluar a las niñas que se visten de gala, de todo.

Hace poco fue el aniversario, en integración fuimos los jueces de todas las actividades, porque teníamos contacto con todos los niños de diferentes cursos y se creía que nosotros somos más imparciales, en cuanto a decir si ganó este o ganó este otro, esa es como la parte bonita.

Pero por otra parte, en otros lugares, no se aquí, se trabaja con el SIMCE, hacer guías y materiales para el SIMCE o de apoyo a los profesores, aquí específicamente las chicas ayudan mucho a que los niños suban el rendimiento por las características del colegio, porque hay una diversidad bastante importante en la población de niños que tenemos pensando de que tenemos niños de 11 años algunos cumpliendo 12, hasta 19, tenemos de todos los estratos socioeconómicos, tenemos hasta tribus urbanas, tenemos peleas de pandillas, de todo, de todo, de todo los niños, entonces esto por una parte de animar y de apoyar el tema de la inclusión cierto.

Y más específico la coordinadora, obviamente tiene que coordinar el trabajo de todas y de todos, las profesoras por ejemplo tienen que apoyar a los profesores en temas como de adecuaciones curriculares y en la evaluación diferenciada, se supone que ahí hay un mecanismo, los Profesores hacen sus pruebas para todo el curso, pero aparte tienen que hacer una prueba de evaluación diferenciada para los niños de integración esa prueba pasa por el equipo de integración, en este caso por la coordinadora y por la persona que

esté en el curso. Se hacen modificaciones, se alarga, se acorta, se hacen modificaciones se conversa con el profe y ahí la prueba, se conversa si es que el niño va a necesitar más tiempo, digamos que necesitan más tiempo, también apoyan mucho en la parte de otros trabajos, trabajos escritos, maquetas o ese tipo de cosas y también los Profesores las tías apoyan mucho a los niños, en horas de recreo, para que los niños vayan subiendo las notas, porque en el fondo se pide mucho el tema del rendimiento escolar. La Fonoaudióloga realiza sus labores afines a su título. Hay muchos niños que presentan dificultades en el lenguaje o más de codificación, eso ella lo evalúa y lo trabaja, tenemos un solo niño permanente, que presenta dificultades en la parte concreta, del pensamiento, tiene unos rasgos asperger, entonces la fono como que apoya mucho esa parte.

Yo como Psicóloga, como que hago muchas cosas, veo como varias áreas, no solamente lo que debería ser lo de estimulación cognitiva, no es solo eso, también está la parte de apoyo emocional, la parte de trabajo con la familia, el trabajo con los profes, entonces yo soy como el agente movilizador del programa de integración, porque si hay algún problema con un niño que este por ejemplo con malas notas, tengo que hacer todo el recorrido, hablar con la profesora especialista, después con el apoderado, luego con el Profesor Jefe, luego hacemos una reunión todos juntos y ahí vemos como implementamos las estrategias. También se habla con el niño, es toda una cosa de equipo. Qué más. También está el papeleo, que es la menos grata (ríe), ahí todos tenemos que hacer reevaluaciones de forma anual, los Psicólogos tenemos que aplicar WISC a los niños de ingreso para poder descartar que el niño pueda tener alguna limitancia en su CI, entonces de partida aplicamos WISC para ir desechando o ir haciendo el diagnóstico integral, que es lo que se debe hacer, entonces un niño que es posible ingreso, lo evalúo, lo evalúa la Psicopedagoga con el EVALÚA, también se necesita una derivación del Profesor Jefe con lo que ha observado, donde va registrando la conducta observada, la parte emocional, el rendimiento, haciendo toda una síntesis y ahí conversamos el diagnóstico y ahí yo tengo que hacer un informe, tengo que llenar un formulario, tengo que hacer otro informe para el Neurólogo si es que es un Déficit Atencional y sería, en la parte del papeleo que me toca a mí, digamos se reproduce casi lo mismo en las Profesoras, en la Psicopedagoga se van reproduciendo casi lo mismo y en el fondo vamos reproduciendo y manteniendo las carpetas al día, un montón de documentación anexa, tenemos que llenar con la anamnesis, con el consentimiento informado de los padres, autorización, el informe a la

familia que se tiene que hacer dos veces al año, que tenemos que aportar y hacerlo en equipo todo eso, de repente como que el papeleo es eso, mucho papeleo.

7. ¿Qué características tiene el colegio?

R: este colegio recibe a todo tipo de estudiante que quieran estudiar acá, hay una mensualidad creo que son aproximadamente \$40.000, un poco más un poco menos, pero más o menos ahí, hay varios niños que están becados, que pagan el 50% o no pagan nada, pero en el fondo reciben a todos los niños que quieran matricularse acá, no hay una selección se recibe a todos durante el año se van viendo a los niños que quizás es una especie de selección, pero que van rindiendo académicamente para quedarse en el colegio, como también por comportamiento, está súper claro cuáles son los límites en el comportamiento, en el mal comportamiento más que nada, ahí se van filtrando solitos, pero hay todo tipo de alumnos, hay quienes tienen una buena situación económica, como también hay niños que se vienen caminando de la “legua chica”, se vienen caminando hasta el colegio.

8. ¿Dentro de qué clasificación está este establecimiento?

R: es un colegio Particular Subvencionado. Es un colegio técnico que tiene dos carreras: Técnico en Refrigeración y Electricidad, como también Técnico en Administración de Empresas. Y tiene otros cursos que son científicos humanistas, que prepara a los niños para la Universidad y también tiene cursos técnicos.

9. ¿Qué características tienen los/as estudiantes en este establecimiento?

R: son muy diversos, uno no espera llegar a un colegio con tanta diversidad. Desde el problema del aprendizaje, donde el niño no aprende o está rindiendo mal, hasta casos de vulneración de derechos, el tema de abusos, donde hay que partir a fiscalía a hacer denuncia, donde hay que pedir recursos de protección, ahora estamos haciendo visitas a algunas casas de los alumnos, para poder presionar entre comillas a los papás para que no sean negligentes, para que ejerzan ciertos cuidados, también tenemos alumnos que en su mayoría son Adolescentes y que aun requieren de cuidados mínimos de los papás, entonces hemos tenido que en verdad hacer todo porque hay niños que vienen al colegio con diversas situaciones, algunos vienen porque tienen pena y en la entrevista se le pregunta: ¿por qué tiene pena? Y aparece una historia familiar gigantesca que hay que

empezar a ordenar, entonces hay que hacer la detección inmediata, si cita al apoderado, el apoderado se le hace la retroalimentación, la devolución y si eso no es suficiente a criterio del profesional hay que hacer activación de redes, buscar otros familiares y si el apoderado no está Psicológicamente apto para cuidar al niño o económicamente, se activa por otro lado, se buscan familiares y si eso no es suficiente tenemos que ir a SENAME o a OPD o PPF o a CESFAM igual hemos ido, para poder activar estas redes y poder ayudar al niño a que rinda, a que suba sus notas o las mantenga, de hecho ni siquiera que rinda, sino que son niños que solo queremos que se mantengan en el sistema.

10. Dentro de las dificultades del aprendizaje ¿Qué tipo de diagnósticos se presentan?

R: solamente un déficit intelectual leve hasta ahora, tengo entendido que van a entrar tres más de matrícula nueva el próximo año y según diagnóstico tengo dos más que vamos a sumar a un déficit intelectual leve, que es como lo que predomina, porque no son un déficit leve solo, es con muchos rasgos asperger, entonces como que dificulta el tema de la socialización, o sea a parte del déficit leve está la socialización ahí, hay que estar viendo y pendiente siempre, de que los niños no presenten conducta inadecuada con sus compañeros entonces hay que estar ahí moderando, tenemos DEA que son las dificultades específicas del aprendizaje que será el diagnóstico predominante, tenemos muchos DEA en el porcentaje exacto no hay un análisis cuantitativo, pero es el que predomina, luego viene el Déficit Atencional, después viene la inteligencia limítrofe y finalmente déficit intelectual.

11. ¿Qué opina usted acerca del Déficit Atencional?

R: opino varias cosas, creo que en primer lugar hay un sobrediagnóstico de Déficit Atencional por que el Déficit Atencional como se ha ido construyendo de tal forma que el niño que es un poco inquieto es un niño con Déficit Atencional, el niño que está un poco desatento tiene Déficit Atencional y como que se ha ido popularizando los términos, además que los instrumentos que tenemos como para evaluar Déficit Atencional son bastante precarios, por ejemplo tenemos el WISC y sería la herramienta para decir que a nivel cognitivo el niño tiene Déficit Atencional, porque para un Déficit Atencional hiperactivo no aparece en el WISC, no aparece ese rango, pero si es un niño que es muy inquieto en la sala, se está moviendo todo el rato, esta con el ruidito, tocando algo,

entonces de partida creo que lo que hay para medir no mide y es como ahora que llevo poquito tiempo trabajando puedo hilar más fino y poder llevar a cabo un juicio, creo que en verdad son muy pocos los niños que tienen realmente Déficit Atencional y ahora en la Adolescencia porque se ve en diferentes etapas, como que el Déficit Atencional funciona distinto dependiendo de cada etapa. Por ejemplo en la etapa más pequeña cuando se supone que se diagnostica es un Déficit Atencional así como de libro, como que en realidad el niño anda volando, uno le habla y como que no escucha, como que está parado y está jugando con algo y ahí como que es de libro. Pero en la etapa que estoy ahora en la adolescencia es más complejo detectar el Déficit Atencional, se junta mucho con la rebeldía de la edad y con la desmotivación, con los problemas conductuales, con los problemas emocionales, entonces como que la adolescencia es como un mucho de cosas que están apareciendo al mismo tiempo y creo yo que finalmente se confunde con el Déficit Atencional, porque hay niños que tengo diagnosticados con Déficit Atencional y si se empieza a hacer una entrevista más a fondo hay problemas de Violencia Intrafamiliar en la casa, hay antecedentes de abuso o si no tal vez no al mismo niño pero que el vio o que supo dentro de la familia, hay problemas económico, hay niños que si comen mucho en la mañana a lo mejor no va a quedar comida en la tarde entonces están como todo el día con la ansiedad de que tienen hambre y eso genera ansiedad y eso genera que estén todo el rato o con las manos, haciendo ruidito o moviendo el pie o estando inquietos y se justifican de que tienen Déficit Atencional y no es Déficit Atencional, si lo piensas todos estos factores, no es un Déficit Atencional, sino que la mezcla de todos estos ingredientes generó que el niño estuviera inquieto, una tiene hambre, dos está preocupado porque no hay plata o porque a lo mejor debería estar trabajando para la familia, por ejemplo. En el fondo pierde el tema de estudiar y se pierde la motivación de estudiar porque cual es la ganancia, si él está estudiando y esto genera un gasto más encima, entonces falta tanto para que él pueda ayudar, como que se pierde el norte, después está el tema de las juntas, como que se pierde el norte del niño y al final tenemos un niño con Déficit Atencional, cuando es un problema de ansiedad o de estrés post traumático, tengo unos casos y no es Déficit Atencional, ya que deberían cumplir con algunos criterios mínimos, entonces yo pongo hartos ojos de que eso se cumpla, por ejemplo yo aplico el WISC completo, ya que es una herramienta que hace como un “mapa” de cómo funciona intelectualmente el niño en ese momento, porque es una prueba estática, es una prueba

que puede cambiar según el momento, la hora del día, si el niño comió o no comió, si el niño durmió, entonces creo que de verdad es súper estática depende del momento en el que se toma la evaluación, creo que como es lo que hay, lo que me sirve, te hace como un mapa intelectual del funcionamiento del niño, entonces creo que ahí se puede ver que cuando el niño por ejemplo tiene en la escala del procesamiento de la información son varias pruebas, donde le niño procesa la información muy rápido, como que se agolpa, yo creo que ahí hay déficit atencional, cuando el niño es muy rápido, por qué, porque no capta, no alcanza a decodificar la información para poder mantenerlo, también hay una parte que mide memoria de trabajo y en esa parte la memoria de trabajo, entonces los niños que tienen dificultades en la memoria de trabajo también podrían tener déficit atencional, por lo mismo, porque no alcanzan a captar y decodificar la información y se les olvidó, no es que no escuchó, sino de que escuchó pero se le olvidó.

También creo que los niños cuando están con ansiedad o problemas emocionales escuchan reciben el estímulo pero no lo valorizan y lo desechan, porque están con esta otra preocupación emocional fuerte y es en esta parte donde se confunde el déficit atencional.

12. En este contexto ¿Cómo se lleva a cabo el diagnóstico de déficit atencional?

R: en este colegio se hace primero el test de Conners que es lo que está estipulado por el MINEDUC. Se aplica un test de Conners para Profesores y a los apoderados en algunos casos, para tener los dos ambientes, en la entrevista del apoderado, se hace la Anamnesis y se van recopilando antecedentes. Luego de eso se hace el WISC completo, se ven estas escalas y su puntuación y se analiza el diagnóstico con la Profesora de Diferencial o con la Profesora Jefe y se aprueba. Y en algunos casos preferimos decir que el niño tiene Déficit Atencional para que reciba apoyo, aunque no lo tenga, entonces yo esté segura de que tiene un problema emocional, he tenido que decir ya ok, dejémoslo como que el niño tiene TDAH, puntuando en todas las cosas, pero yo a juicio profesional creo que no es eso para que el niño reciba apoyo de alguna parte, porque si no, no recibe.

Tenemos un departamento de orientación pero funciona no dando atención individual a los niños, sino como más atención en crisis, dando orientación cuando hay problemas, no funciona como un ente que funcione periódicamente, en este momento en el colegio no se da, porque tienen diferentes funciones, entonces no contamos con eso, entonces entre

que el niño se pierda y este en Integración, entonces ahí se va justificando el sobrediagnóstico también.

13. Una vez que se realiza el diagnóstico de Déficit Atencional ¿Cuáles son los siguientes pasos?

R: me salte un paso, ya que se supone que el Neurólogo es quien confirma que tiene Déficit Atencional, qué hacen los Neurólogos, en realidad no lo sé (risas), es algo que yo desconozco esa parte, pero ellos son quienes dan el certificado que dice que el niño tiene Déficit Atencional, algunos y vuelvo a la pregunta anterior, algunos vienen con el certificado del Neurólogo por que el niño tiene Déficit Atencional y no hay nada que hacer, entonces nosotros hacemos todas las pruebas para sustentar el diagnóstico, en algunos casos no da y no da no más, pero en otros casos se deja como ya ok tiene Déficit Atencional.

Ahora respecto a la pregunta, qué se hace. Se le presta apoyo semanal en aula de recursos y en aula común por parte de la Profesora Diferencial. El apoyo que se le da se determina por la Profesora, digamos si el niño necesita apoyo en todas las clases, en el fondo el apoyo sinceramente es: -“concéntrate, pone atención, escribe en el cuaderno, mira te falta esto, responde la pregunta”- es como ir bajando al niño todo el rato, para que el niño pueda decir: -“ah ya si”- es como eso el apoyo en aula que se le da en aula común, no se puede hacer mucho más tampoco.

Y en aula de recursos, ¿te digo la verdad o no? (risas).

Entrevistador: ambas versiones por favor (risas).

Lo ideal es que la Profesora buscara actividades que le ayudasen a aprender la materia que están viendo, pero también que se ejercite la habilidad que esta descendida en el niño, que en este caso puede ser, porque todos los TDAH, o tienen la memoria de trabajo afectada, o puede ser que el niño sea demasiado impulsivo y no codifique la información o que no la decodifique, entonces ahí se tiene que ir viendo los estilos de aprendizaje o ver por donde se puede ir trabajando con el niño, lo ideal sería eso, sería que se haga este análisis de trabajo y se genere actividades que estén relacionadas con algunas de las materias y que se ejerciten además estas habilidades, eso es lo que hace el especialista.

Por otro lado yo voy de lleno a la habilidad, siempre y cuando no haya un tema emocional antes, igual tengo que hacer el diagnóstico, de ver en qué falló en el WISC y luego hago otro diagnóstico más, entonces ya ok, lo que más necesita el niño es apoyo en la memoria de trabajo, entonces vamos a ejercitar la memoria de trabajo, la memoria visual, la memoria verbal para ir determinando el estilo de aprendizaje pero bien específico, como capta la información y cuál es el más eficiente y a través de qué el niño codifica la información y a partir de ahí se hacen cosas muy diferentes, desde que el niño haga un rompecabezas, hasta que trabaje laberintos o les paso algunas canciones y les pregunto qué canciones fueron o conversamos algo y después le cambio el tema para ver con qué capta más, y ahí hacemos un plan de intervención individual para cada niño y se empieza a trabajar esa área con actividades que estimulen las habilidades de lleno. Eso es lo que trato de hacer a menos que hayan temas emocionales, cuando hay temas emocionales no saco nada con trabajar la habilidad porque la parte emocional como que inunda todo lo cognitivo, inunda todo, entonces si es emocional tengo que irme por la otra parte y tratar de activar redes o trabajar con los papás, con la familia, con el CESFAM o con algún Profesor en particular para que el niño se estabilice y ahí recién poder trabajar esta otra parte, hay niños con los que puedo estar todo el año tratando de estabilizarlo y no logro pasar a la otra parte porque en realidad es tiempo perdido, o sea no sacaría nada con pasar a las habilidades si el niño no está estable emocionalmente, entonces se hace lo que se puede según cada niño.

14. ¿Cómo se lleva a cabo la devolución en estos casos?

R: después de que hago la evaluación, yo llamo al niño y le muestro su prueba y le explico: -“mira en esta prueba que evalúa esto, por ejemplo la memoria visual, tu puntuaste dentro de este rango, que está bien o está mal, puedes mejorar o se puede trabajar o está muy bien esta área”- entonces le hago la devolución y le explico qué es el déficit atencional y los chicos quedan así como: -“aa ya está bien”- como que nunca les explican, falta cultura de devolución a los niños, como que no saben por qué están en integración.

15. A nivel administrativo ¿Qué hace el colegio?

R: tenemos todos los niños diagnosticados, tenemos el programa armado y se supone que se hace una reunión con los Profesores, en consejo de Profesores donde estén todos los

entes del Colegio, se presentan los niños con el diagnóstico y se les pide que hay que hacer adecuaciones curriculares con algunos que las pruebas deben llevar ciertas diferencias, que las pruebas tienen que ser más cortas o quizás es necesario tomárselas en distintos tiempos, porque no se cambia digamos la escala, pero si se hacen como todas esas recomendaciones. Además de eso tenemos un trabajo colaborativo que es una hora semanal con la que coincidimos con los Profesores, entonces en ese trabajo colaborativo en algunas ocasiones se hacen análisis de casos, donde se ven a los niños más extremos, como los niños problemas, los que dan más dificultades para trabajar para el próximo año, porque en el fondo los Profesores ven que los niños les dan dificultad para trabajar no es que ellos tienen pocas estrategias para enseñar a los niños, yaaa, entonces es al revés, entonces se ven, se hacen más sugerencias de cómo trabajar. En el trabajo colaborativo también hacemos algunos talleres para los profesores en los cuales tratamos de dar la mayor cantidad de estrategias para que ellos puedan trabajar con los niños en la sala, sobre todo para los hiperactivos e impulsivos, son los que pelean más, los que contestan más a los profesores, entonces como que el Déficit Atencional son los niños que tienen mayor dificultad en todos los ámbitos, porque se enojan porque no les gustó la tarea y salen y pegan y le empiezan a pegar a uno y ya a inspección, apoderados, están como en eso, digo se supone porque eso es lo que se hace pero los Profesores no son muy receptivos y como que ahí nos cuesta un poquito porque nos atamos de manos, de cómo se trata realmente a un Déficit Atencional en un colegio, que si lo pensamos realmente y objetivamente es poco lo que se ha hecho por los niños que tienen déficit atencional más que tratarlos de mantener en el sistema, más que tratar de hacerles las evaluaciones diferenciales que aquí eso se hace al pie de la letra, no es mucho lo que se puede hacer porque los Profesores como que no están, la mayoría no sé si todos, pero la mayoría no está receptivo a ayudar o a entregar estrategias, algunos solo escuchan, pero algunos ni siquiera quieren escuchar entonces ahí son súper pocos los que generan estrategias para encantar a un niño o reencantar a un niño en una actividad, porque actualmente vienen las guías listas y se trabaja con guías todas las clases, no se puede hablar, no se puede escuchar música y algunos niños que requieren trabajar en movimiento, entonces necesitan de que haya un boche o caminan y no los Profesores no se adecuan a eso, los niños tienen que adecuarse al Profesor, entonces los niños no hacen una evaluación de que si el niño tiene una prueba oral ponte tú y que el niño camine, no. He tenido que tomar

el WISC con niños caminando por la oficina o botados en el piso, porque el niño está pendiente de lo que estás haciendo tú, tienen atención selectiva y atención múltiple, entonces tienen muchas habilidades, pero están tirados en el piso y te van contestando para las pruebas de ejecución si las hacen, pero después se vuelven a tirar al piso y para el Profesor no es una posibilidad, entendiéndolo también de que los cursos son de 30 para arriba.

16. Respecto a la medicación ¿Cuál es tu percepción?

R: Depende esto es relativo, porque considero que hay niños que tienen Déficit Atencional que necesitan un poco de medicación y considero que hay niños que tienen Déficit de Atención que no necesitan medicación, entonces hay casos donde se medica al niño y uno ve los cambios, los cambios positivos.

Hay dos tipos de medicación, partamos por ahí, la medicación positiva y la negativa con los niños con Déficit o supuesto Déficit Atencional. A veces los ve el Neurólogo y desconfío de cómo o de qué utiliza para decir que el niño tiene Déficit Atencional, entonces a veces recibe lo que el papá o la mamá, a si el niño tiene Déficit Atencional y les da un medicamento. A algunos les han dado Anfetamina, a algunos le dan Risperidona y esos niños son los de escasos recursos, son los niños que medican por el hospital o por el CESFAM y no le dan Aradix, que son otros medicamentos nuevos, para mí la Risperidona y la Anfetamina son malos medicamentos para los niños con Déficit Atencional, o sea están mal medicados porque porque son niños que sí tienen Déficit Atencional y al darle estos medicamentos hacen que el niño este somnoliento, entonces el niño ya no está, si captaba pocos estímulos del ambiente ahora capta menos, entonces ¿qué le hace este efecto? Le hace que no esté tan agresivo y que no esté tan impulsivo, entonces en el Déficit Atencional los niños no son agresivos, pero baja la impulsividad, entonces el niño esta obviamente como aletargado, somnoliento, cansado y no molesta en la clase pero tampoco aprende y la Risperidona a mi gusto es un medicamento que no se le debería dar a los niños porque provoca síntomas adversos a lo que se quiere conseguir, lo que le han dado a un niño de 3 años, le dieron Risperidona porque era muy hiperactivo, generó de que el niño comenzara a presentar descontrol de impulsos, dejaba la embarrada en todas partes , agresivo que no se adaptaba a las normas y a mi gusto este

medicamento influyó en eso porque es un medicamento tan fuerte que generó otro daño más fuerte a nivel Neurológico en el niño, entonces para mi este medicamento le hizo un daño al niño, porque este niño no tenía ni autismo, ni asperger, ni problemas conductuales, que no se pudieran controlar a lo mejor con una terapia a lo mejor con una Psicoeducación a los papás, creo que no era necesario, ahora los que si funcionan son los niños que realmente tienen Déficit Atencional y se les dan Ritalín y Aradix, los niños que sí tienen Déficit Atencional por que ayudan a que los niños focalicen su atención, entonces el niño no anda somnoliento, el niño no anda como zombie, sino que el niño incluso piensa más rápido, entonces dicen: -“ooooh el medicamento no le ha hecho ningún efecto al niño, parece que anda peor po” – eso es lo que dicen los Profesores, entonces cuando pasa eso quiere decir que a mi gusto el medicamento está funcionando por que hace que el niño decodifique más rápido, los niños que son veloces, pero que no alcanzan a decodificar todo, entonces cuando pasa eso yo creo que el niño le sirvió porque está aprendiendo mal y si se puede tomar bien a ese niño, que haga que ese niño suba sus notas, que aprenda mucho más y que el niño sea súper culto porque hace que el niño tenga curiosidad para que aprenda más cosas.

Creo que en casos muy específicos y muy estudiados se debe dar medicación, a los niños con Déficit Atencional, pero jamás Anfetaminas y Risperidona, porque eso de verdad no, pero creo que hay que hacer un estudio de caso digamos con responsabilidad y creo que a todos los niños que he evaluado, solo 5 tienen realmente Déficit Atencional, de todos los que he visto, como el Déficit Atencional Real, porque del que hemos construido todos tienen.

17. ¿Y en los demás, a qué obedecería el Diagnóstico?

R: puede ser a distintos temas, puede ser a que haya un tema familiar, a que haya un tema no sé, puede que haya hasta un tema de expectativas de los papás o expectativas del niño sobre el colegio, sobre un Profesor, de verdad puede ser cualquier tema que el niño no esté atento y no quiera, que aaa ya tiene Déficit Atencional.

18. ¿Cómo ha sido tu experiencia en el trabajo con el Déficit Atencional?

R: ingrata, ha sido ingrata porque son los niños que no son entendidos, son los niños que tienen más problemas en inspección general, porque golpearon a alguien, porque

zamarrearon a un compañero, porque se portan mal, porque llegaron sin tarea, porque son los niños que no presentan los trabajos en arte visuales en tecnología o en música que son ramos donde hay que hacer cosas y no presentan tareas entonces creo que ingrata porque lo que yo alcanzo a hacer o lo que yo creo que alcanzo a hacer o lo que quiero hacer es poquísimo para lo que hay que hacer porque a los niños hay que tomarlos como sistema, tiene que actuar el Profesor Jefe, la profesora de diferencial, el auxiliar, el inspector general, la mamá, el papá, el hermano, para poder mantenerlo porque necesitan mucho apoyo porque a los niños efectivamente se le olvidan las cosas a los mejor no es que el niño no quiso traer el material, sino que de verdad se le olvidó, no está la mamá para recordarle lo tiene que llevar, que eche las cosas a su mochila, los niños confunden de que a los niños son adolescentes entonces es adulto, pero es adulto para algunas cosas no para todas, como que confunden eso, entonces con algunos apoderados funciona, porque uno le hace la Psicoeducación, les explicas de que el niño requiere constantemente de que se le esté reforzando positivamente, se le esté recordando que tiene que hacer, entonces son niños que necesitan estar siempre vigilados y contenidos, porque si no son como un tiro al aire, pero son desorganizados, más encima, son súper desorganizados, entonces tu entras a la sala y puedes identificar qué niños tienen Déficit Atencional porque su puesto a bajo está lleno de cosas, están las cosas botadas en el piso, su mochila por allá, su lápiz, porque son desorganizados, necesitan organizarse, pero no pueden solos, necesitan que estén constantemente organizándolos, pidiéndoles a las personas, a los inspectores que no sean tan severos, que no sean tan duros, que no los sancionen tanto porque además se empieza a menguar el Autoestima, porque pasamos al tema de la Autoeficacia, el niño dice que no es capaz de hacer algunas tareas, se sacan malas notas, estudió pero se sacó mala nota, estudió mucho y le fue mal, porque en el tema de la autoeficacia no pasó, jamás se trabajó, creo que ha sido ingrata porque son niños que no son entendidos y los que no son apoyados.

19. ¿Cómo han abordado las familias este diagnóstico?

R: hay familias que lo han abordado súper bien y familias que no lo abordan, simplemente no lo abordan y las familias que lo abordan siempre es un integrante de la familia puede ser una mamá o un papá o una tía, pero es como la figura significativa del niño y cómo lo

abordan digamos, funcionando como recordatorio, he visto que eso ha funcionado, así como: -“Martín, guardaste tu mochila, echaste tus materiales, necesitas llevar algo mañana, recuerda que tienes que hacer esto, estudiemos juntos, te ayudo”- inventar estrategias, ahí funciona, pero la mayoría no, esos son como los menos, los papás no entienden, los papás piensan que es como la edad del pavo y que los niños son flojos y que como son flojos por eso se excusan de que tienen Déficit Atencional.