



FACULTAD DE FILOSOFÍA Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

CONSTRUYENDO EL SÍNDROME: POSICIONES Y EFECTOS DISCURSIVOS EN EL ABORDAJE DEL SÍNDROME DE DÉFICIT ATENCIONAL CON O SIN HIPERACTIVIDAD (SDA-H)

TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO
EN PSICOLOGÍA Y TÍTULO PROFESIONAL DE PSICÓLOGO

*José Manuel Améstica Abarca
Julio Ignacio Gajardo Molina
Valeska Makarena López Guerrero*

Profesor Guía
Verónica López Leiva

Resumen

El presente estudio analiza el fenómeno del abordaje y diagnóstico del síndrome de déficit atencional con o sin hiperactividad (SDA-H) en establecimientos educacionales municipalizados, desde una perspectiva teórica y metodológica basada en el Análisis de Discurso. Para ello se utilizó como corpus textual un total de trece entrevistas producidas en un estudio previo, entre los que se incluye a profesionales de las áreas de la salud y educación. El objetivo general fue conocer y analizar las posiciones discursivas de los profesionales relacionados al SDA(H) y los efectos discursivos que generan en la pesquisa, en la evaluación y en el tratamiento. Los resultados del análisis de discurso describen dichos efectos por medio de dos metáforas fundamentales que ilustran los repertorios interpretativos identificados. La primera de ellas construye la red de apoyo como una “maquinita que debería ser” y funcionar en condiciones ideales, mientras que la segunda posiciona al niño diagnosticado como sujeto pasivo, producido por las acciones de los adultos y la intervención farmacológica. Se discuten estos resultados en relación a sus implicancias para la intervención educativa y social.

Palabras Claves: Síndrome de déficit atencional, impulsividad, hiperactividad, red de apoyo, diagnóstico integral, necesidades educativas especiales, posiciones discursivas, efectos discursivos, repertorios interpretativos

Fecha de entrega
Miércoles 22 de Mayo, 2013

Presentación

Actualmente en Chile, el Síndrome de Déficit Atencional con o sin Hiperactividad -en adelante, SDA(H)-, también denominado Trastorno de Déficit Atencional (TDA-H), constituye “el motivo de consulta de salud mental más frecuente en los establecimientos de atención primaria para la población menor de 15 años” (Ministerio de Salud, s/f). Esta alta demanda se condice con la creación de

instancias y programas que buscan establecer los factores de riesgo y mecanismos de abordaje en Salud Mental Infante-Juvenil, comprometiendo el trabajo de profesionales de distintas áreas de la salud y educación. Esta orientación responde a que “el niño y el adolescente aparecen en los trastornos asociados a la violencia (maltrato infantil), los trastornos hipercinéticos y de la atención, los trastornos psiquiátricos severos y el abuso y dependencia de alcohol y drogas”

(Abarzúa y González, 2007, p. 84). Por ello, se han buscado procedimientos para realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno y, sobretudo, integral y multidisciplinario.

Sin embargo, el abordaje del síndrome se lleva a cabo en un contexto de poco acuerdo en torno a su conceptualización, sin identificarse un componente biológico específico que explique el origen de los síntomas. Esto abre la discusión en torno al diagnóstico y tratamiento, propuestos por los programas ministeriales como mecanismos “integrales” (Ministerio de Educación, 2009). Al respecto, algunos autores (Aboitiz y Schröter, 2005; Abarzúa y González, 2007) advierten la predominancia de ciertos enfoques de diagnóstico y tratamiento, principalmente el enfoque neurológico, y la medicación como principal medida de abordaje. Desde esta posición, se advierte que:

“La ciencia declara, hasta ahora, la ausencia de marcadores biológicos en los trastornos estudiados. A pesar de esto, la intervención validada por la normativa estatal centra sus énfasis en la medicalización (antipsicóticos para la esquizofrenia y psicoestimulantes para la hiperactividad), constituyendo las intervenciones psicosociales – designación genérica para las intervenciones realizadas por psicólogos y trabajadores sociales en la normativa ministerial- acciones más bien complementarias al tratamiento farmacológico”

(Abarzúa y González, 2007, p. 93)

Aunque “...se reconocen claramente sus síntomas y se pueden evaluar; actualmente no hay acuerdo total sobre cómo se debe conceptualizar el ADHD...” (Martínez, 2006, p. 8). Dado lo anterior, y la variedad de intervenciones que se generan en base a la problemática del SDA(H), este estudio abordó los discursos sostenidos por los ejecutores y usuarios del flujograma de abordaje, explorado ya en el trabajo realizado por López, Núñez, Ceardi y Améstica (2012), en el cual participó uno de los miembros de este equipo.

El registro producido constituye el corpus del presente estudio, que sirvió para analizar el modo en que tales discursos han construido, no sólo ciertos modos de abordaje, sino posiciones respecto al niño diagnosticado y a los profesionales involucrados. Nuestra base teórica es que el discurso, por medio del lenguaje, y “en tanto sentidos socialmente compartidos, construye realidades, y cambia junto con las relaciones sociales” (Sisto, 2012, p. 188). El discurso, como práctica lingüística orientada a la acción, construye objetos y subjetividades, promoviendo determinadas relaciones sociales.

Nuestra pretensión, por medio de este estudio, es aproximarnos de manera focalizada a la construcción local que se hace del SDA(H), a través del análisis secundario de los datos producidos en la investigación mencionada, a fin de comprender aspectos como el fenómeno del sobrediagnóstico y derivación en el contexto actual del sistema educativo y de salud.

Justificación del problema de investigación

El SDA(H) ha sido definido desde variadas fuentes teóricas, las cuales han concentrado posibilidades de tratamientos y explicaciones etiológicas. La definición oficial actual en salud mental puede extraerse del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), en que el SDA(H) es dividido en tipos –inatento, hiperactivo, impulsivo y combinado-, con énfasis puesto principalmente en los aspectos biológicos y conductuales que determinan su sintomatología. Estos criterios son los que han servido como referencia para estimar la prevalencia del síndrome, en un 5% a nivel mundial, con diferencias considerables entre poblaciones rurales y urbanas. Las estimaciones de prevalencia, etiología y riesgo de tener SDA(H) en Chile son escasas, y en su mayoría específicas en términos cuantitativos (ej. Herrera, 2005; Lagos, Silva, Rothhammer, Carrasco, Llop, Aboitiz, Rothhammer, 2011), aun cuando se han realizado varias investigaciones en el área del TDAH, de acuerdo a Urzúa, Domic, Cerda, Ramos y Quiroz (2009). La variedad de tasas de prevalencia se ha explicado por “los distintos métodos de evaluación utilizados, la diversidad y cambios de los

criterios clínicos diagnósticos, diferentes informantes (padres, profesores o cuidadores/tutores), el tipo de muestra escogida (clínica o poblacional) o por características sociodemográficas diversas” (Cardó, Servera y Llobera, 2007; Buitelaar y Van Engeland, 1996; Blázquez, Joseph, Burón, et al, 2005, en Urzúa et al, 2009).

Dentro de las diversas líneas teóricas que han abordado esta problemática, una de las principales sostiene el discurso médico y la etiología del déficit neurológico como explicaciones principales. En relación a esto el Ministerio de Salud alude que “si bien la etiología de la condición es más bien heterogénea, un cuerpo substancial de investigaciones ha implicado una gama de factores neurobiológicos, incluyendo los genéticos” (Ministerio de Salud, 2008, p.10). Desde ahí, la intervención medicamentosa aparecería como la principal y más eficiente propuesta de tratamiento. García Hernández (1998) identifica este modelo como modelo Clásico, Orgánico y Biomédico, según el cual:

“el concepto de salud claramente se centraba en la enfermedad, reduciéndose la salud al estado de no enfermedad de un individuo concreto [...] la intervención se reducía a la aplicación cuantitativa de una tecnología biológica o material-física, sobre un individuo etiquetado de ‘enfermo’ e internado en una institución hospitalaria, para que sus indicadores institucionales biofisiológicos se acomodasen a los estadísticamente normales de la población” (p. 270)

Una segunda línea teórica es conceptualizada como “psicosocial”, y se relaciona con las teorías que enfatizan la importancia de factores ambientales para sostener el síndrome. Desde esta perspectiva, la intervención sobre la esfera familiar y educativa del niño facilitaría su inserción y desempeño social. El Ministerio de Salud se ha acogido al llamado modelo Biopsicosocial para justificar sus intervenciones, y en particular la realización del Diagnóstico Integral, en el que se hace necesaria “una indagación de todas las dimensiones de la vida del niño, niña o adolescente [...] involucra un diagnóstico de la salud de la familia, a través de la

mirada multidisciplinaria del equipo de APS” (Ministerio de Salud, 2008, p. 20).

Estas posturas, aunque parecen opuestas, conviven en los programas de tamizaje, diagnóstico y tratamiento en Chile (López et al, 2012).

Una tercera línea de aproximación teórica es la perspectiva sociocrítica (Barton 1996; Rafalovich, 2001), desde la cual se cuestiona la existencia del síndrome, entendiéndolo como una construcción cultural y atribuyendo al sistema educativo la producción de la categoría de “niños problemáticos”. Bajo esta perspectiva, el niño con SDA(H) es una producción cultural que responde a la búsqueda por situar los déficits del sistema educativo en el niño. Así, se estigmatiza a cualquier niño que no siga el ritmo esperado de aprendizaje o que se comporte en forma distinta a “lo que es funcional para un modelo educacional claramente homogeneizante” (Baltar, 2003, p. 24).

No obstante lo anterior, entendemos que estos paradigmas no son excluyentes, ya que nuestra propia experiencia sugiere que habrían de convivir en un discurso común. Esto habla de una mayor variabilidad en lo discursivo, es decir, de “las perspectivas cambiantes y diversas del mundo que los propios actores y actrices sociales elaboran en sus interacciones e intercambios lingüísticos” (Garay, Iñiguez y Martínez, 2005, p. 111). Esta variabilidad se presenta en las construcciones que realizan los distintos actores involucrados en el abordaje. Al respecto, nuestros antecedentes teóricos permiten visualizar que “el lenguaje no sólo tiene como función la descripción de la realidad, sino que permite realizar acciones sociales” (Garay, Iñiguez y Martínez, 2005, p. 114). Desde ahí, podríamos suponer que esta diversidad de discursos también lleva a la elaboración y aplicación de diversos dispositivos y formas de abordaje del síndrome que, en consecuencia, reflejarían niveles diversos de prevalencia del SDA(H).

La variabilidad de posiciones discursivas en torno al síndrome no sólo influye en los métodos de evaluación, sino también en los procedimientos adoptados para tratar el síndrome (acción psicosocial y/o intervención medicamentosa). Más

importante aún, el análisis de López et al (2012) de estos datos muestra la importancia que tiene la institución escolar en la pesquisa y en la demanda hecha al sistema de salud por posibles casos de estudiantes con SDA(H). De esto se desprenden dos inquietudes. La primera de ellas, en torno a la mirada subjetiva de quien deriva como elemento fundamental a la hora de identificar un caso de SDA(H). En segundo lugar, nos preguntamos si los parámetros de "evaluación" son homogenizantes, ya que pudieran pasar por alto la historia y subjetividad de cada niño; y factores como su entorno social o familiar.

Estos argumentos son los que dieron cuenta de la necesidad de conocer los discursos sostenidos por los principales propulsores de la pesquisa y el diagnóstico, llegando así a una aproximación de los efectos discursivos sostenidos por ellos. Cabe destacar que, a la fecha, no hemos logrado encontrar investigaciones con base discursiva respecto a esta problemática, cuestión que realza nuestro interés -como investigadores- por abocarnos a dicho enfoque teórico y metodológico.

Un último elemento que permite entender la importancia de la relación entre posicionamientos discursivos y prácticas de abordaje del SDA(H) -que son prácticas discursivas en sí- refiere a la existencia de políticas públicas que intentan regular estos asuntos, y que constituyen parte del discurso para la construcción del síndrome. Si se considera que las instituciones que participaron de la producción de datos que utilizará este estudio portan consigo posiciones diversas en torno a la infancia y el síndrome, se podría deducir que se generan efectos discursivos de acuerdo a sus posiciones particulares. La diversidad de perspectivas y su confluencia en esta problemática, hizo necesario el análisis del discurso construido por los ejecutores de las políticas de abordaje del SDA(H).

Objetivos

Objetivo General

- *Conocer y analizar las posiciones discursivas de los profesionales relacionados al SDA(H) y los efectos discursivos que generan en su pesquisa, evaluación y tratamiento.*

Objetivos Específicos

- *Identificar y describir el discurso y las posiciones discursivas relacionadas al abordaje del SDA(H), sostenidas por los distintos actores involucrados en dicho proceso.*
- *Analizar los efectos discursivos que las distintas posiciones generan sobre las formas de abordar el SDA(H), tanto del punto de vista de la pesquisa, como de la intervención, en el ámbito de salud y educación.*
- *Analizar las convergencias y divergencias entre las posiciones discursivas.*

Marco Teórico

Este estudio se sustenta en dos marcos de referencia que organizarán la teoría existente y pertinente a nuestra problemática.

Ya se mencionó el trabajo realizado por García Hernández (1998), quien al reconstruir los modelos de sujeto sano, ofrece: el modelo Clásico, Orgánico y Biomédico, centrado en la enfermedad como un estado 'individual'; y el paradigma Integral Biopsicosocial, "donde la Salud se concibe desde el prisma polidimensional de la <<Calidad de Vida>> y <<Bienestar>> individual y social" (p. 270). Este autor representa un antecedente al momento de considerar las visiones de salud, a las que son sujetos los niños y adolescentes diagnosticados.

En el ámbito específico que refiere este estudio -a saber, la construcción social y discursiva que se hace del SDA(H)- es preciso hacer una referencia al trabajo de Rafalovich (2001), quien reconstruye la concepción histórica del síndrome, desde los diagnósticos de *idiotez, imbecilidad, encefalitis y desviación infantil* (traducción propia). Cita desde ahí dos tendencias en las concepciones que se han tenido del síndrome. En primer lugar, revisiones históricas hechas por Kessler (1980) y Barkley (1990, 1991, 1997), referidos por el mismo Rafalovich (2001), quienes aluden que el concepto de SDA(H):

"[se erige] caracterizando el progreso de la práctica clínica moderna, especificando su nomenclatura a

niveles mayores de validación científica y efectividad práctica”(p.95)
[Traducción propia]

Esta es por tanto, una postura respecto del SDA(H) como objeto de construcción científica y analítica. Por otro lado, Conrad, citado en Rafalovich (2001), defiende que el ‘descubrimiento’ de la hiperactividad, o hipercinesia, se puede atribuir a tres factores en interacción:

- La revolución farmacéutica: puntualmente, la creación y publicitación del medicamento Ritalín, por la compañía CibaGeneva, en la década de los 60s.
- Las tendencias médicas: respecto a la interpretación de los problemas conductuales como desórdenes con origen “bioquímico” u “orgánico”.
- La acción del gobierno: dado que el Servicio Público de Salud de USA adhiriera a la categorización de los problemas de hiperactividad como una “disfunción cerebral mínima”.

Estos tres elementos permiten visualizar el SDA(H) como un constructo social. Para Rafalovich (2001), estos tres factores sociales representan una asimetría de poder entre los actores locales y las organizaciones e instituciones formales. Esto significa que, desde una perspectiva sociohistórica, el SDA(H) puede considerarse un producto del control de expertos sobre la infancia.

Tomando a García Hernández y Rafalovich como antecedentes de los discursos y visiones existentes en torno a la salud en general, y al SDA(H) en específico, se hace necesaria la distinción de tres visiones generales, que constituirán nuestro marco teórico: la visión médica o neurológica, la visión psicosocial, y la visión sociocrítica. Nuestro marco teórico cerrará con una aproximación al Análisis de Discurso como base teórica y herramienta metodológica.

Visión Neurológica

Lo que denominamos ‘visión neurológica’ refiere principalmente a los elementos contenidos en el discurso médico, en sus distintas disciplinas. Por ello, en este apartado pretendemos indagar la psicopatología, prevalencia y teorías etiológicas en torno al SDA(H). Por último

haremos una aproximación al tratamiento farmacológico, gestionado y validado desde las disciplinas médicas.

A nivel general, se tienen antecedentes de que “los problemas de salud mental infantil en la población infantil constituyen una consulta frecuente para los médicos que atienden a dicha población” (Valdivia, 2010). El mismo estudio muestra que estos casos se presentan en un porcentaje que varía entre el 15% y el 30%, respecto de la población general. Según el DSM-IV TR (2002), el trastorno por déficit atencional con hiperactividad estaría dentro de los Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, específicamente en los Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.

Psicopatología

En específico, desde una perspectiva clínica, el déficit atencional es definido como un “trastorno conductual que surge en la infancia teniendo como característica fundamental un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad e impulsividad presentes en al menos dos contextos”. (Urzúa et al, 2009). Las orientaciones dadas por el Ministerio de Educación (2009) lo definen como un síndrome que “se da en más de un contexto o situación (hogar, escuela u otro) y afecta a los niños y niñas en sus relaciones con su entorno familiar, social y educativo, evidenciándose con mayor claridad cuando inician su experiencia educativa formal” (p. 11). Se reconocen, además tres subgrupos clínicos según el predominio de desatención o de impulsividad-hiperactividad: el tipo combinado *en que existen tantos síntomas de desatención como hiperactividad-impulsividad*, el segundo tipo conocido como “predominio déficit de atención”, y el de “predominio hiperactivo-impulsivo”.

El síndrome de déficit atencional no sólo cuenta con una etiología que se mantiene en discusión: sino que, además, las estadísticas de prevalencia han llevado a la construcción de asociaciones entre la presencia del síndrome y ciertas dinámicas sociales; contribuyendo a la construcción de mitos en torno a quienes presentan sintomatología de SDA(H):

“Dificultades atencionales tempranas en el cohorte de estudio fueron asociados con claro aumento del riesgo de problemas lectores, deserción escolar temprana o sin calificaciones, reducido éxito en exámenes de certificación escolar, conductas de riesgo juveniles, arresto, presidio y riesgo de abuso/dependencia de sustancias”

(Fergusson, Lynskey y Horwood, 1997)

[Traducción propia]

Importante de mencionar es la postura que se tiene en torno al pronóstico del síndrome, afirmándose que:

“es difícil determinarlo, ya que depende de muchos factores. No existe un pronóstico que englobe todos los casos, dada la complejidad representada por la comorbilidad, los subtipos del síndrome, los factores de resiliencia y de riesgo individual, familiar y social, etc.”

(Condemarín et al, 2008, p. 40)

En estos términos, la prevalencia y los estudios que se generan en torno al SDA(H), si bien contienen la rigurosidad propia de la academia, consideran la cantidad de factores influyentes en la evaluación del síndrome, y la complejidad existente en torno a su etiología y tratamiento.

Etiología

Dentro de la gama de hipótesis etiológicas podemos nombrar, de acuerdo a Condemarín et al (2008), hipótesis “genéticas, traumáticas, infecciosas, tóxicas, perinatales, familiares, culturales, por nombrar sólo las más importantes” (p. 27). Según estas mismas autoras, existiría consenso en la interacción de “factores heredados, alteraciones neuroanatómicas y disfunción de sistemas de neurotransmisión, sobre los que finalmente influirían factores psicosociales. Aun así, en la actualidad no está definido un precursor biológico específico en interacción con el ambiente para la expresión fenotípica del cuadro” (Condemarín et al, 2008, p. 27). Para explicar la presencia de los síntomas, se han presentado versiones tanto fisiológicas como hereditarias, que

podrían explicar la presencia de SDA(H). Ciertos antecedentes muestran la correlación con la actividad cerebral y el análisis de presencia de ciertos neurotransmisores, como menciona Cowdry (1999) en Condemarín et al (2008) al referir la disminución

“en la actividad metabólica en las regiones cerebrales que controlan la atención y el juicio en situaciones sociales y el movimiento en personas con SDA(H) [...] Los estudios biológicos también sugieren que los niños con SDA(H) suelen tener niveles más bajos del neurotransmisor dopamina en regiones críticas del cerebro” (p. 27)

Las explicaciones genéticas, por su parte, hacen referencia a la incidencia del SDA(H) en hijos de padres con SDA(H), mostrándose que “tienen hasta un 50% de posibilidades de sufrir el mismo problema, y los estudios realizados con gemelos indican que los factores genéticos explican entre un 50 y un 70% de los síntomas del SDA(H)” (Cook, 1995, en Miranda, Jarque y Soriano, 2000).

Entre los factores no genéticos (pre, peri y postnatales), se afirma que “para algunos expertos, los niños prematuros, con bajo peso al nacer, que han sufrido de anoxia durante el parto o infecciones neonatales, tienen bastante posibilidades de desarrollar problemas de conducta e hiperactividad” (Moreno, 1995 en Condemarín et al, 2008 p. 30). Los autores mencionan otros posibles factores, como la hipoxia perinatal y neonatal, rubéola congénita, prematuridad, exposición a tóxicos pre o postnatalmente (tabaco, alcohol, plomo, drogas ilegales), encefalitis postnatales y meningitis, traumatismo craneoencefálico, deficiencia clínica y otros, como antecedentes destacados en la presencia del síndrome, aunque no por ello explican cabalmente su origen.

Si a estos factores se suman las condiciones nutricionales y/o posibles alteraciones neurológicas de los pacientes con SDA(H), se llega a una recopilación de factores relacionados al síndrome, pero que no resuelven la duda en torno a la existencia de algún elemento determinante en su desarrollo. El discurso neurológico en

salud mental infantil, y en particular en torno al SDA(H), se transforma en un terreno en que las explicaciones causales, que intenta cubrir la genética, conviven con la relación de ciertas variables, como la nutrición o los antecedentes de embarazo. Sin embargo, ninguna explicación logra el acuerdo entre los investigadores; por lo que tanto las causas del síndrome, como las medidas para contrarrestarlas desde la ciencia neurológica son elementos pendientes de futuras investigaciones.

Tratamiento

En lo que respecta al tratamiento

“hay acuerdo en que el tratamiento debiera ser una combinación de terapias, y dentro de estas, las de mayor eficiencia en disminuir los síntomas son el tratamiento farmacológico y la terapia conductual...”

(Aboitiz y Carrasco, 2009).

Sin embargo, el trabajo de Forster (1998) en Condemarín et al (2008) explicita la prioridad que principalmente obtienen los fármacos, dado que “ayudan significativamente a controlar sus efectos al actuar en el sistema nervioso permitiendo un mejor funcionamiento” (p. 113). Condemarín et al refieren también que:

“los psicoestimulantes son el tratamiento de elección desde preescolares a adultos. Su utilidad está avalada por una amplia experiencia acumulada sobre eficacia en el corto plazo”

(Condemarín et al, 2009, p.113)

Sin embargo, el mismo trabajo analiza la dificultad para evaluar la eficacia del tratamiento farmacológico, dado que en dicha evaluación se deben considerar factores como “edad, severidad del síntoma, comorbilidad, antecedentes y medios familiares, características y recursos del sistema escolar” (Condemarín et al, 2009, p. 113).

Estas afirmaciones contienen algunos elementos que deben rescatarse: partiendo por la identificación del espectro neurológico como explicación causal del SDA(H), siendo los síntomas su consecuencia y lo que finalmente debe ser

regulado, justificando así la medicación como medida primaria. Sin embargo, la evaluación de sus beneficios da lugar a la duda, ya que involucra elementos contextuales (familiares, escolares) que “inciden” en el efecto del medicamento. La medicación, de esta manera, reproduce una lógica causal que nos permite visualizar el paradigma neurológico como un discurso, y la medicación como su consecuencia social pragmática. Es ésta construcción discursiva la que, para efectos de esta tesis, queremos explicar desde aquellos que se encargan del abordaje y tratamiento del SDA(H).

Visión Psicosocial

Como alternativa al discurso neurológico descrito en los párrafos anteriores, se presenta una mirada psicosocial de la discapacidad, la cual

“no se considera sólo un atributo de la persona, sino un conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto social. La intervención se centra en la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para lograr la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social”

(Ministerio de Educación, 2005, en Riquelme, 2010, p. 191)

Para definir lo que presentamos en este apartado, se requiere retomar el Modelo Biopsicosocial mencionado anteriormente, el cual es seguido en la “Guía Clínica de Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastorno Hiperactivo/Trastorno de la Atención (THA)” (Ministerio de Salud, 2008), que viene a marcar la línea de abordaje en salud mental propuesta por estos organismos.

Factores de riesgo ambientales y SDA(H)

La adopción de un modelo biopsicosocial significó un cambio de paradigma en el concepto Salud-Enfermedad, desde uno centrado en el abordaje médico del individuo, hacia uno que prioriza la prevención del desarrollo de la sintomatología, apelando a una relación

de interdependencia entre las dimensiones biológica, psicológica y social (García Hernández, 1998). Aquí es, entonces, que adquieren mayor relevancia los denominados “factores psicosociales”, a los cuales aluden variados documentos ministeriales, a referir posteriormente. Se puede observar la identificación de diversos aspectos presentes en el entorno social y familiar del niño, cuya relación con los problemas de salud mental es claramente afirmada. Las orientaciones técnicas de atención a niños y adolescentes con problemas de salud mental, formulados por la mesa técnica compuesta por CONACE, el Ministerio de Salud y SENAME (2007), presentan una pauta de diferenciación de niveles de complejidad psicosocial en niños y adolescentes en situaciones de riesgo social, en la cual se presentan los siguientes factores de riesgo:

- Familia disfuncional moderada a grave o ausente.
- Comunidad desorganizada, drogas y violencia.
- Desescolarización o en riesgo de abandono escolar
- Vida de calle diaria a creciente, gran parte del día o todo el día y/o actividades de sobrevivencia.
- Conductas trasgresoras en hogar, entorno o en relación a drogas o delitos.
- Severos trastornos afectivos, conductuales y de relación.
- Consumo de drogas, moderado o de alto riesgo.
- Conductas de explotación comercial sexual.

Se declara entonces una estrecha relación entre las dinámicas relacionales familiares y sociales, y el grado de vulnerabilidad o predisposición de los niños a desarrollar síntomas a nivel de salud mental.

En concreto, desde el Ministerio de Educación se afirma que “un niño o niña con manifestaciones leves de TDA puede empeorar si carece de soporte emocional de la familia y está inserto(a) en contextos escolares sin apoyo” (Ministerio de Educación, 2009, p. 16). Se refiere que la incidencia de estos factores es previa a los síntomas del SDA(H), aunque finalmente, su abordaje se concrete luego de realizado el diagnóstico médico:

“Factores y relaciones familiares disfuncionales se asocian a conducta hiperactiva, aunque más que a factores etiológicos, se ligan al curso del cuadro, intensidad, duración y pronóstico. En esta línea se pueden identificar estresores familiares de diversa índole en relación a normas de crianza.”

(Condemarín et al, 2008, p. 32)

Así mismo, se discute el peso etiológico de los factores sociales ligados al SDA(H). El Ministerio de Educación (2009) afirma igualmente que:

“...si bien los factores psicosociales y familiares no constituyen causas de origen del TDA, se ha demostrado que son factores determinantes para su desarrollo y manifestación, en cuanto a intensidad, duración y posibilidades que tendrá el niño o niña de integrarse al proceso educativo y lograr los aprendizajes deseados”.
(p. 16)

Por su parte, Presentación-Herrero, García, Miranda, Siegenthaler y Jara (2006), también aluden lo anteriormente referido, específicamente respecto a la influencia de la familia:

“La disfunción familiar puede constituir un factor de riesgo que interactúa con la predisposición del niño, y exacerbar la presentación de los síntomas y su continuidad. En este marco, los factores familiares no se consideran como la causa original del TDAH, pero sí se cree que mantienen e incluso amplifican la sintomatología de éste en el curso del desarrollo” (p. 137).

Por último, Milicic, Mena, López, y Justiniano (2008) afirman que:

“Si bien resulta complejo llegar a una definición teórica que satisfaga a todos [...] lo cierto es que hay muchísimo más consenso en lo que respecta a las manifestaciones conductuales del trastorno” (p. 164)

Hasta este punto, podemos hablar de un entramado discursivo que, si bien no niega la determinación neurobiológica del

síndrome, otorga mayor relevancia al entorno social y a los factores ambientales circundantes al niño, relacionándolo con la manifestación del cuadro, así como a la compensación de los síntomas (“mejoramiento”, “empeoramiento”).

Abordaje del SDA(H)¹

El abordaje del SDA(H) se ejecuta tomando como base la figura de ‘flujograma’, y que se encuentra disponible en la Guía Clínica en la que se basa este apartado (Ministerio de Salud, 2008, p.5): dicho esquema explicita el proceso de abordaje desde la derivación de las escuelas (por medio del programa Habilidades para la Vida o aplicación del test de Conners abreviado, pasando por el diagnóstico integral, hasta las posteriores intervenciones, tanto psicosociales como farmacológicas.

Para niños diagnosticados con SDA(H) sin comorbilidad, se apela a la prevención primaria, en donde ocupa un rol fundamental el programa “Habilidades para la Vida” (HPV) puesto en marcha el año 1998 por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) con apoyo técnico del Ministerio de Salud, y ampliado hacia el sector de pre-básica en el 2004 (Ministerio de Salud, 2008, p.12). En un comienzo, el HPV tuvo como población objetivo a los niños y niñas del primer ciclo básico de escuelas municipales y particulares subvencionadas con alto índice de vulnerabilidad social: buscando “disminuir los daños en salud (depresión, suicidio, consumo y abuso de drogas), prevenir conductas violentas y elevar el bienestar, las competencias personales y la calidad de vida” (Ministerio de Salud, 2008, p. 12). Su importancia radica entonces en la labor orientada a la detección precoz de casos de SDA(H) en niños y niñas en riesgo psicosocial, a través de instrumentos validados por la JUNAEB: el cuestionario para profesores TOCA-R (Teachers Observation of Classroom Adaptation) y el cuestionario para padres PSC (Pediatric Symptom Checklist); y la intervención temprana para prevenir el abandono escolar o las dificultades de aprendizaje.

Se habla de un tratamiento de carácter “integral”: en donde además del ya mencionado tratamiento farmacológico y sus implicancias, se apela a una intervención psicosocial dentro del contexto del niño diagnosticado, del que podremos rescatar los siguientes aspectos (Ministerio de Salud, 2008; p. 22-23):

- i. *Psicoeducación*
- ii. *Entrenamiento en habilidades parentales*
- iii. *Entrenamiento en habilidades sociales para los niños*
- iv. *Intervenciones educacionales*
- v. *Manejo de contingencias en el ambiente escolar*
- vi. *Actividades deportivas y recreativas*
- vii. *Grupos de autoayuda*

En casos de diagnóstico con comorbilidad, el tratamiento es caracterizado como “multimodal”, y además de las señaladas anteriormente, se sugieren las siguientes medidas (Ministerio de Educación, 2008, p. 30- 31):

- i. *Terapias grupales de tipo conductual para padres, familiares o cuidadores*
- ii. *Psicoterapia individual*
- iii. *Tratamiento fonoaudiológico*
- iv. *Intervenciones a nivel de la escuela*

SDA(H) en el contexto de las NEE

Habiendo mencionado la importancia de los factores sociales y de riesgo que rodean a niños con SDA(H), se hace necesaria la introducción de las Necesidades Educativas Especiales (NEE), en donde

“(…) lo que preocupa son las condiciones que afectan al desarrollo personal de los estudiantes y que justifican la provisión de determinadas ayudas o servicios especiales. Esto significa atender las necesidades específicas que presentan los estudiantes como consecuencia de su discapacidad o de cualquier otra barrera de tipo personal que experimenten frente al aprendizaje” (Ministerio de Educación, 2005, p.36).

¹ Basado en la guía de “Atención Integral de Niñas/Niños y adolescentes con Trastorno Hipercinético/Trastorno de la Atención (THA)” (Ministerio de Salud, 2008)

Cabe destacar que dentro de estas NEE se ha insertado al Síndrome de Déficit Atencional, de acuerdo al decreto n°170 del Ministerio de Educación (2009). La inclusión del síndrome dentro de esta categoría se traduce en instancias de abordaje, como lo son los Proyectos de Integración Educativa (PIE) y el ya mencionado trabajo por parte del programa HpV; y que son integrados al flujograma de atención explicitado en la Guía Clínica de Atención del Ministerio de Educación (2008), sintetizado en la investigación de López et al (2012).

La inclusión del SDA(H) como NEE, hace necesaria una referencia al concepto de diversidad en contextos educativos. El informe de la Comisión de Expertos en Educación Especial (Ministerio de Educación, 2004) señala al respecto que:

“la diversidad de los estudiantes es la consecuencia de su origen social y cultural y de sus características individuales en cuanto a su historia personal y educativa, capacidades, intereses, motivaciones y estilos de aprendizaje. Esta multiplicidad de factores hace que no haya dos estudiantes idénticos” (p. 46).

Por lo tanto, el Proyecto de Integración Educativa (PIE) viene a representar una instancia de abordaje que busca incluir la diversidad en contextos educativos, cuyo propósito es asegurar que las personas integradas

“participen al máximo del currículo común y de las actividades escolares, para lo cual se debe adoptar un enfoque de evaluación que tenga como finalidad identificar las necesidades de los estudiantes en términos de los apoyos y ayudas que necesitan para progresar en el currículo”

(Ministerio de Educación, 2005).

El abordaje de la NEE viene a sustentarse en el derecho que tiene toda persona a desarrollarse en la sociedad sin ser discriminada. Esto obviamente incluye a las personas denominadas “con discapacidad”. Se trata entonces de un proceso constante y dinámico que posibilite la participación de todos, asistiendo a los

sujetos con los recursos y ayudas especializadas pertinentes, de ser necesario, y adquiriendo la Escuela un rol crucial.

De esta manera, se puede hablar de un giro fundamental desde el concepto de “deficiencia” al de NEE, que viene a ser un concepto clave en el abordaje educativo. Dicho abordaje, permite identificar tres ejes de acción fundamentales, ya aludidos en párrafos anteriores:

a) La inclusión de recursos humanos adicionales (tales como psicopedagogos, psicólogos y otros profesionales especializados) que además trabajen colaborativamente.

b) La optimización de medios y recursos materiales que faciliten la autonomía.

c) Las adaptaciones curriculares.

Es decir, se apela a la adaptación de la escuela a las necesidades del estudiante, y no la adaptación de éste a las condiciones institucionales.

La función central de las escuelas, es decir, garantizar el desarrollo y formación de los estudiantes para la vida en sociedad, se ve ampliada a educar en la diversidad y asegurar la integración social de las personas. Se debe considerar que las acciones de la escuela se complementan con otra institución que promueve el desarrollo de los estudiantes: la familia. El Ministerio de Educación (2005) afirma al respecto que:

“otro de los desafíos es informar y orientar a las familias para que éstas colaboren en los procesos educativos de sus hijos y sean un recurso permanente en la definición, gestión y apoyo para el control y fiscalización social del proceso y del proyecto educativo de los establecimientos”

(Ministerio de Educación, 2005)

La familia es propuesta como agente activo inmerso en la problemática, que adopta posiciones y es capaz de generar cambios sociales. Esto se hace relevante para el abordaje de SDA(H), entendiendo que el síndrome permea distintas dimensiones de la vida del niño(a) o adolescente. Las acciones de estas

distintas instituciones, y su colaboración en el diagnóstico, tratamiento y evaluación de cada caso, reflejarán las posiciones que cada actor toma en torno al síndrome. Las maneras de abordarlo serán tomadas como reflejo de su interpretación, y se constituirán, entonces, como prácticas 'discursivas'.

Visión Sociocrítica

Los conceptos de discapacidad

En la compilación de Barton (1998), *Discapacidad y sociedad*, Colin Barnes (1998) hace una revisión de las teorías que explican la discapacidad y las formas de opresión que se han construido en torno a quienes son etiquetados como 'discapacitados'. Para ello, alude a dos tradiciones principales: la anglosajona y la británica, que se traducen en las visiones funcionalistas y materialistas, respectivamente.

La primera de ellas –la funcionalista-, alude al orden de necesidades que surge entre aquellos que no pueden servir en la sociedad como fuerza laboral, y que justifican la existencia una posterior “industria de servicios humanos”, cuya función latente es “crear y mantener grandes cantidades de personas dependientes y devaluadas, con el fin de asegurar el trabajo de los demás” (Barnes, 1998, p. 61). Los *demás*, en esta afirmación, son quienes sostienen la industria de los servicios. Se enuncia, de igual manera, “de qué forma el ‘modo de producción’ –la economía y cómo está organizada- causa unas condiciones biofísicas determinadas y afecta a las interpretaciones sociales de la insuficiencia [...]” (Barnes, 1998, pág. 61).

Por otro lado, el materialismo (es decir, la visión británica), indica cómo el “desarrollo económico, la naturaleza cambiante de las ideas y la necesidad de mantener el orden durante la industrialización influyeron en las respuestas sociales a la insuficiencia y, por tanto, en la experiencia de ella” (Barnes, 1998, p. 64); de manera que los cambios ideológicos en el surgimiento de la sociedad capitalista sostienen el auge de la visión médica e individual, de la discapacidad como experiencia de opresión.

Ambas posturas permiten visualizar a la sociedad y la cultura como factores relevantes en la construcción de la discapacidad; sea ésta física, sensorial o intelectual. Esto nos lleva a

discutir el rol de las instituciones médicas y educativas como agentes sociales, cuyas acciones repercuten, por tanto, en la construcción que se hace del infante, y del síndrome.

El Sistema Educativo y las Necesidades Educativas Especiales (NEE)

Las NEE tienen a la base planteamientos que Ridell (1998) identifica con visiones esencialistas, socioconstruccionistas, materialistas, o bien posmodernos. Es la visión del construccionismo social, en que cita a Barton y Tomilson (1986), la que afirmará que “la inclusión de los niños en una categoría de ‘problemático’ depende de juicios de valor, y pueden existir discrepancias legítimas entre los profesionales, los padres, etc., sobre qué constituye esa categoría” (p. 102). La autora hace luego una revisión de documentos educativos oficiales, de los cuales extrae las visiones de discapacidad. Estas visiones

“tienen unos contornos menos precisos y más que un movimiento hacia un planteamiento creacionista social, lo que ha solido ocurrir es una nueva adopción del pensamiento esencialista, que localiza las dificultades en el niño y establece límites estrictos entre quienes tienen necesidades educativas especiales y quienes no las tienen”

(Ridell, 1998, p. 109)

Haciendo una revisión de las políticas inglesas en torno a las NEE, Ridell sostiene que si bien se ha aceptado una visión socioconstruccionista en torno a las necesidades de cada estudiante, de alguna manera el discurso esencialista e individual se ha mantenido en las prácticas educativas. Esto nos recuerda nuestra pregunta en torno a la convivencia, en el discurso, de visiones esencialistas y visiones construccionistas en el abordaje del SDA(H).

Un modelo insuficiente

En la revisión hecha por Ridell (1998), citada en el apartado anterior, se mencionan cambios en el modelo educativo. En primera instancia, apela a la visión esencialista que predominaba en las NEE, lo que provocó que la labor de los ‘profesores colaboradores’, en el apoyo directo a los profesores generales, fuera difícilmente asimilada en los establecimientos. Por otro lado, menciona que

el proceso de gestión económica local de las escuelas, generaba una dinámica institucional y económica en la que

“las autoridades sólo parecían estar dispuestas a una financiación preferente para los niños concretos que dispusieran de una Declaración de Necesidad [...] la única solución de que disponen las escuelas es presionar para conseguir cada vez mayores grados de declaraciones de niños con necesidades”

(Ridell, 1998, pp. 113-114)

De esta manera se puede vislumbrar cómo el sistema educativo no se ve exento de contradicciones en distintas dimensiones: tanto institucionales, como económicas y pedagógicas. La autora llega a afirmar que “es evidente un movimiento oscilatorio de retorno a un modelo basado en las carencias del niño más que en uno basado en las carencias del *currículum* o del profesor, producto, en parte al menos, de la ansiedad que las escuelas sienten por su rendimiento en las tablas de clasificación...” (Ridell, 1998, p. 115). Esta misma justificación, adicionada a la responsabilización de los docentes por el proceso de aprendizaje del total de sus estudiantes, ha llevado a redefinirlos como “estudiantes ‘con problemas’ (lo que implica una carencia en el estudiante) y no como estudiantes ‘problemáticos’ (lo que implica una carencia en el profesor o en el *currículum*)” (Ridell, 1998, p. 116). Con ello la tarea docente se termina enfocando en los niños normales, y la tarea de los profesionales de apoyo en los niños que requieren intervenciones ‘especiales’: consolidando la línea de la exclusión dentro del sistema escolar.

Análisis de Discurso

El análisis de discurso tiene origen en múltiples disciplinas que han tratado de definir y delimitar su campo de acción: y “es traído a la psicología social desde la lingüística y la pragmática a partir del reconocimiento de la importancia del lenguaje en la vida social” (Sisto, 2012, p. 189). El enriquecimiento que ha habido entre disciplinas al momento de identificar lo que es un discurso, y por lo tanto el modo de someterlo a análisis, ha permitido que se generen variantes en la práctica actual del Análisis de Discurso. En primera instancia, la sociolingüística interaccional

lega la importancia del contexto y la cultura como constituyentes de las relaciones sociales, dado que “la organización de la vida social (en instituciones, interacciones, etc.) proporciona contextos en los cuales tanto la conducta de uno mismo como la comunicación con otro puede ser ‘entendida” (Shrifin en Iñíguez, 2003, p. 88).

Las diversas concepciones de discurso, y orientaciones del análisis de discurso como metodología, permiten una segunda lectura frente a las construcciones discursivas, y

“en lugar de ver tales construcciones discursivas como expresiones de los estados cognitivos subyacentes de los hablantes, se examinan en el contexto de su ocurrencia como construcciones situadas y ocasionales [...] en términos de las acciones sociales que consiguen estas descripciones”

(Edwards & Potter, 1992, en Iñíguez, 2003)

Para efectos del SDA(H) y del abordaje realizado, la noción de discurso es relevante, por cuanto permite considerar el contexto institucional y las relaciones que en él se sostienen. Para el caso, consideramos como instituciones tanto a los sistemas de salud y educación, como a las disciplinas que se intersectan en una y en otra (es decir, las ciencias médicas y la disciplina psicológica, entre otros). Entonces, la manera en que los discursos situados en las instituciones (formales y disciplinares), sirven de contexto para la construcción que se hace del síndrome y de los niños en tratamiento, se ha transformado en un objeto de análisis meritorio de esta investigación. Tomando la definición principal de Iñíguez y Antaki (1994), consideramos estos discursos por cuanto son:

“[...] un conjunto de prácticas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales. El análisis consiste en estudiar cómo estas prácticas actúan en el presente manteniendo y promoviendo estas relaciones: es sacar a la luz el poder del lenguaje como una práctica constituyente y regulativa” (p.63)

Repertorios Interpretativos

Una vez que nos hemos aproximado al concepto de discurso, es necesario explicitar la noción de Repertorios Interpretativos, por cuanto constituyen parte esencial del análisis que se realizó en este estudio. El concepto de repertorios interpretativos, desde Wetherell y Potter (1996), sugiere tres elementos:

“que se preste mucha atención al uso del lenguaje, trabajando a partir de transcripciones o documentos [...] En segundo lugar, este enfoque sugiere que el discurso en sí mismo se convierta en el principal foco de investigación [...] Tercero, proponemos que el análisis de discurso dependa del estudio de la variabilidad en lo relativo a su construcción y a las funciones que podría cumplir”

Se da cuenta, de esta manera, de que los mismos acontecimientos y personas pueden ser construidos de diversas maneras en cada contexto, lo que constituye la variabilidad del discurso mismo, dado que estas diferencias se dan “entre unidades lingüísticas relativamente vinculadas e internamente consistentes” (Wetherell y Potter, 1996). Esta propiedad es la que constituye a los repertorios interpretativos, que:

“...se pueden considerar como los elementos esenciales que los hablantes utilizan para construir versiones de las acciones, los procesos cognitivos y otros fenómenos. Cualquier repertorio interpretativo determinado está constituido por una restringida gama de términos usados de una manera estilística y gramatical específica”
(Wetherell y Potter, 1996)

De esta manera, los repertorios interpretativos constituyen la unidad discursiva que pudo inferirse del análisis de los datos disponibles, por medio de la identificación de las afirmaciones y construcciones llevadas a cabo por cada entrevistado, ilustrados en las metáforas fundamentales que ofreceremos en los resultados.

A grandes rasgos, haber visualizado los discursos construidos en y

desde las prácticas de abordaje del SDA(H) permitió comprender que su evaluación y tratamiento llevan un determinado modo de relacionar al niño con su entorno: por tanto, comprende una determinada manera de concebirlo a él y a aquello que sobre él se hace. El discurso y la práctica de abordaje (como práctica discursiva, a su vez) son dos esferas comprometidas en un dialecto constante.

Posiciones Discursivas

En último lugar se debe definir lo que entenderemos como “posicionamiento discursivo”, dada las definiciones previas que hemos tenido de lo que es un discurso y cómo se analizará en el presente trabajo. Para tales efectos, el trabajo de Davies y Harré (2007) explicita que dichos posicionamientos –como el discurso mismo– son inmanentes y contingentes a los discursos y sus productos sociales, concibiendo a la vez la “conversación como una forma de interacción social generadora de productos sociales” (p. 243). En este caso particular, las formas de abordaje del SDA(H) como formas de posicionamiento frente al síndrome develan el modo en que las acciones conjuntas de todos los participantes determinan sus propias acciones, y las que realizan los otros involucrados en la red de apoyo:

“El posicionamiento, como lo usaremos, es el proceso discursivo donde las identidades se localizan en conversaciones en las que participantes, observable y subjetivamente coherentes, conjuntamente producen argumentos”
(Davies y Harré, 2007, p. 246)

La producción conjunta de los argumentos con los que se aborda el síndrome, al niño diagnosticado, y el proceso completo de abordaje requiere, por lo pronto, explorar las posiciones discursivas y el modo en que son sostenidas desde el discurso de nuestros entrevistados.

Metodología

Como se ha señalado anteriormente, los datos utilizados para este estudio fueron producidos en una

investigación realizada por López et al (2012), de los cuales se hizo un análisis secundario, tomando como base teórico-metodológica la perspectiva discursiva.

Participantes y corpus textual

Los entrevistados fueron seleccionados en su calidad de participantes clave dentro del flujograma de abordaje del SDA(H). Así, las entrevistas se realizaron en el contexto de ejecución de los planes ministeriales, con los responsables de ello: "hablando como si estuviera en 'el rol'", cumpliendo con el criterio de *representatividad* mencionado por Iñiguez y Antaki (1994, p. 66). El hecho de que pertenezcan a una u otra área (salud/educación) da cuenta de que los entrevistados seleccionados se involucran *directamente* en la pesquisa y tratamiento, y no como acompañantes circunstanciales. Este primer paso constituyó la construcción de los criterios para definir y luego identificar el corpus textual.

La asesoría parlamentaria realizada por López et al (2012), tuvo como objetivo el "Análisis de la presencia y abordaje del TDA en escuelas básicas municipales, con especial énfasis en aquellas ubicadas en sectores de alta vulnerabilidad". Para ello, en específico, se propuso "*sistematizar los antecedentes disponibles que permitan conocer la prevalencia de TDA en la población escolar*"; además de "*conocer y analizar las prácticas y procedimientos de diagnóstico, derivación, medicación y abordaje de los niños diagnosticados con TDA entre los sistemas de salud y educación*".

Para el cumplimiento de tales fines se realizó un total de trece entrevistas semiestructuradas (algunas de ellas grupales) con los principales involucrados en el abordaje y tratamiento del SDA(H). Una primera etapa considera a las instituciones que colaboran con la institución escolar: dos Hospitales, el programa Habilidades para la Vida y los Proyectos de Integración Escolar:

1. Neurólogo Hospital 1
2. Psicólogo Hospital 1
3. Psiquiatra Hospital 2
4. Equipo Profesional HPV (Entrevista grupal)
5. Coordinador PIE

Una segunda etapa, que constituye una 'bajada' de la información recopilada en la primera, comprende un acercamiento a dos escuelas municipales: tanto a partícipes de primer y segundo ciclo básico, como a profesionales de apoyo. Las entrevistas se desprenden como sigue:

6. Equipo de Apoyo Psicosocial Escuela 1 (entrevista Grupal)
7. Profesor 1º Básico Escuela 1
8. Profesor 6º Básico Escuela 1
9. Estudiante primer ciclo Escuela 1
10. Apoderado Escuela 1
11. Equipo de Apoyo Psicosocial Escuela 2 (entrevista Grupal)
12. Profesora 4º Básico Escuela 2
13. Profesora 7º Básico Escuela 2

De esta manera, se abarcó a todos quienes participan del abordaje del SDA(H), sea como ejecutores del flujograma de abordaje, o como usuarios del mismo.

Técnicas de análisis de datos y procedimiento

La propuesta de Análisis propiamente tal, se acogió a la orientación pragmática del Análisis de Discurso, que reafirma que las prácticas sociales se sostienen en base a la construcción de los fenómenos por medio del lenguaje, desde los distintos contextos de enunciación. En palabras de Wetherell y Potter (1987) citados en Sisto (2012), "el lenguaje ordena nuestras percepciones y hace que las cosas sucedan, mostrando cómo el lenguaje puede ser utilizado para construir y crear la interacción social y diversos mundos sociales" (p. 189). Cuando nos referimos a las distintas instancias de enunciación, sostenemos que "un mismo fenómeno puede ser descrito de una gran variedad de maneras, posibilitando dar cuenta de distintas versiones de un mismo fenómeno" (Sisto, 2012, p. 192). Para ello, contamos con un corpus textual que indagó los procedimientos de pesquisa, diagnóstico y tratamiento, finalizando con las evaluaciones en torno a las fortalezas y debilidades del flujograma en su conjunto.

El material fue sometido a una primera revisión, en la que se rescataron las acciones discursivas presentes en cada entrevista. Las citas fueron ordenadas y

registradas en una planilla con filtros según número de anexo, párrafo, acción y objeto construido. Posteriormente, la asociación de diversas acciones permitió inducir los recursos lingüísticos presentes en la totalidad de las entrevistas, y de manera inductiva, las dos categorías construidas por medio de dichos recursos, que se ilustran en las dos metáforas que concentran nuestros resultados.

De este modo, la información y el proceso descrito anteriormente permitieron identificar los *repertorios interpretativos* y *fisuras discursivas* presentes, así como visualizar los efectos discursivos desde el abordaje, y los posicionamientos construidos respecto del síndrome mismo, de la infancia como trasfondo, y de la sociedad y las instituciones como contexto.

Resultados

Los resultados que exponemos a continuación pretenden sintetizar las posiciones discursivas presentes en las entrevistas previamente señaladas. Se pretende dar cuenta del discurso que construyen los involucrados en el abordaje del SDA(H), para lo cual se presentan dos metáforas fundamentales, que ilustran los repertorios interpretativos inferidos. Ambas metáforas son descritas y luego analizadas, enlistándose las estrategias discursivas que las sostienen. Las estrategias también son descritas y justificadas con las citas pertinentes. Finalmente, y dados los objetivos de este estudio, se pretende dar cuenta de los efectos discursivos que se promueven por medio de las metáforas.

La primera metáfora refiere a la construcción que se hace de la red de apoyo: entendida como el conjunto de instituciones y profesionales encargados del abordaje multidisciplinario del síndrome. Textualmente, una de las docentes entrevistadas alude a la figura de la "maquinita", con engranajes que corresponden a los distintos responsables de su funcionamiento, vistos a la vez desde un 'ideal' que nunca se cumple por motivos diversos. Estos motivos se asocian a las condiciones socioeconómicas en las que viven los niños, o bien a elementos institucionales que perjudican el abordaje del síndrome. Por ello nuestra primera metáfora conceptualiza a la red de apoyo como "la maquinita que debería ser".

En cuanto a la segunda figura construida, refiere a la relación entre el niño y la dinámica de medicación, como reflejo de los niveles de agencialidad que se otorgan a su comportamiento, y que representa un problema para los adultos que le rodean. La construcción que se hace de los estudiantes los determina como meros receptores de las dinámicas que emergen desde el mundo de los "especialistas". Dado que dichos especialistas son los adultos, ésta metáfora es la que mejor refleja los modos en que tanto el síndrome como **la infancia** están siendo construidos.

Dado que la primera parte del análisis dará cuenta de los elementos que convergen en el discurso del SDA(H), nuestro análisis finalizará con la identificación de aquello que evidencie divergencias en lo construido por los entrevistados, en tanto ofrecen interpretaciones alternativas del síndrome y su abordaje. Se podrá evidenciar la interacción de los roles profesionales con las vivencias subjetivas, como fuente de concepciones paralelas y simultáneas.

▪ "La maquinita que debería ser..."

Esta metáfora alude a la construcción que se hace de la red de apoyo, y del trabajo multidisciplinario, abriendo ciertas discusiones en torno a la posibilidad de realizar un efectivo abordaje y diagnóstico integrales. Las estrategias discursivas que refuerzan esta concepción son la externalización de las fallas de la red de apoyo (así como de sus posibilidades de mejora); la idealización de la figura del especialista y de la red de apoyo; la idealización del rol de la familia; y la delimitación y enumeración de roles y funciones de cada disciplina.

- *Externalización de las fallas de la red de apoyo.*

Los roles atribuidos a cada profesión e institución parecen no cumplirse a cabalidad por motivos diversos: justificándose frecuentemente en motivos externos al alcance de los entrevistados, y que son ocasionalmente relacionados a fallas de personas específicas. Sin embargo, al momento de determinar las posibles soluciones no se identifica a sujetos puntuales responsables de ello. La externalización, en este sentido, refiere

roles y/o condiciones laborales (espaciales, temporales, profesionales) que no se cumplen.

Uno de los elementos corresponde a la alta presencia del SDA(H) como motivo de consulta en las instituciones de Salud, y los modos en que esta demanda se explica. En la entrevista hecha al Neurólogo del Hospital 1, se hace mención a la relación existente entre la sobredemanda y el “conocimiento” promulgado del síndrome:

“Yo creo que aumentó en la medida que se dio a conocer más este trastorno a través de cursos de capacitación, y publicaciones que se han hecho; de tal manera de que se ha llegado a una meseta en que no baja de esta cifra que nosotros hemos dicho, y que probablemente antes no se diagnosticaba más que nada por el conocimiento. Del conocimiento del cuadro en sí. Pero hasta hace por lo menos los últimos cuatro años, se ha mantenido la meseta bastante elevada: o sea, tiene una prevalencia bastante alta en todos los cuadros neuropsiquiátricos que vemos nosotros”

(Neurólogo Hospital 1, Anexo 1, Párrafo 14)

El Neurólogo establece una relación entre un ‘conocimiento’ puro y los niveles de sospecha por el síndrome: de manera que la relación entre mayor conocimiento y mayor sospecha de SDA(H) es una explicación lógica, que permite naturalizar las condiciones externas que mantienen un sistema de salud sobredemandado. Esta afirmación, y otras que se verán posteriormente, se erigen como descripciones neutrales del actual sistema de abordaje, que justifican la labor del neurólogo de acuerdo al contexto de sobredemanda, manteniéndola como necesaria.

Por otro lado, parte de esta sobredemanda se atribuye a problemas del sistema de salud, que se concretan en las condiciones de derivación: dándose interpretaciones para la demora de las consultas o la insuficiencia de las intervenciones de medicación. En este caso, las condiciones no son externas al sistema, sino al enunciador que las describe:

“...generalmente uno dice ‘chuta, y por qué viene este niño’ y muchas veces además la información no acompaña que digamos la interconsulta, que no te acompaña mucho a lo que uno tiene que hacer, entonces parece que ahora sería, la política, sería que todos los casos que falta información, simplemente devolverlos a la interconsulta [silencio]. O sea, devolverlos a la interconsulta, sin siquiera ver al niño y decirle ‘si usted quiere que nosotros veamos al niño, necesitamos mayor información’. Necesitamos mayor información.”

(Psicólogo Hospital 1, Anexo 2, Párrafo 87)

Lo dicho en torno a la derivación cumple también la función de externalizar fallas: puesto que implica la inclusión de otros profesionales como portadores de criterios cuestionables al determinar la ‘gravedad’ de cada caso. Para argumentar aquello se acude a los antecedentes de la salud del niño como elemento que complementa el criterio del profesional, por lo que la falta de esta información justifica que no se efectúe una evaluación común y efectiva. En este sentido, la ‘información’ se construye como un objeto separado del infante: de hecho, se toman decisiones *sin siquiera ver al niño*, dado que carece de la información que lo completa a ojos del especialista. Al respecto, se deben tener en cuenta dos ideas: primero, que se construyen los criterios diagnósticos como elementos neutros y técnicos que permiten tomar decisiones, y segundo, que dichos criterios permiten validar al niño como ‘caso abordable’. Es esta construcción la que permite que el diagnóstico sea el terreno *neutro* que intermedia las posibilidades de derivación.

La información y los elementos espaciales, temporales o económicos son interpretados por cada entrevistado de acuerdo al conocimiento que posee: y sirven a la vez como condiciones para la realización de su labor. Quien refleja mejor esta asociación es una de las docentes entrevistadas:

“Ahora, qué es lo que sí nos beneficiaría, es que el trámite, el hacerlo, fuese de una manera más óptima, real, o sea, las instituciones

que interactúan con los muchachos fuera de la escuela, que realizaran de mejor manera su trabajo. [...] porque nosotros no sabemos del trabajo que realizan ellos paralelamente, o dónde enfatizar las debilidades para superarlas con los muchachos. Nosotros aquí hacemos todo bajo nuestro criterio, absolutamente todo.”

(Profesora 7º Básico, Anexo 13, Párrafo 60)

El rol del conocimiento es nuevamente puesto sobre la mesa como elemento que explica las fallas del sistema de abordaje, por cuanto su mayor o menor presencia facilitará la toma de decisiones. Sin embargo, la comunicación e información no son responsabilidad de sujetos puntuales, sino de las *instituciones* que interactúan con la escuela. El efecto que se produce cuando la entrevistada afirma que utilizan criterios propios en el abordaje, hace que dichos ‘criterios’ (lo “nuestro”) se posicionen como respuesta a la falta de apoyo más que a la colaboración entre profesionales: cada uno de ellos, finalmente, concretará sus acciones dentro de su espacio de pertinencia, con los recursos disponibles. Por lo mismo, se posiciona a la escuela como instancia que no siente un apoyo desde la disciplina médica, sino que más bien genera criterios internos que reproducen y sostienen la falta de diálogo entre distintas instancias. Cabe enfatizar que los ‘criterios internos’ no constituyen un aporte desde la experiencia subjetiva al abordaje en red, sino que develan las anomalías en el flujograma. De ahí que esta misma entrevistada refiera a la figura que da nombre a esta primera metáfora:

“O sea, si funcionara esto como la maquinita que debería ser, cachai, en este engranaje que estoy yo, yo me dedicaría a lo que me dedicaría, más allá de lo extra que uno hace y que a uno le gusta la pedagogía y le gusta lo que uno hace; pero hay muchas cosas que nos dificultan.”

(Profesora 7º Básico, Anexo 13, Párrafo 60)

La institución, y ahora la ‘maquinita’, se incluyen como agentes de abordaje al que no adscribe ningún sujeto particular, y que sin embargo orienta las acciones de la mayor parte de los entrevistados. Por otro lado, la afirmación

de la docente contiene dos elementos importantes: en primer lugar, aspira a condiciones de funcionamiento de la maquinita “en sí misma”, sin hacerse partícipe de las fallas de la misma. Por otro lado la docente construye su propio rol por medio de la distinción de los elementos externos, identificando “la maquinita” y “las muchas cosas” que dificultan su labor. Por último, al decir que ella ‘se dedicaría a lo que se dedicaría’, apela a la necesidad de integración de los distintos engranajes para facilitar el trabajo de cada uno de ellos.

La construcción del flujograma de abordaje se acompaña de la descripción de dinámicas que no son propias al enunciador, y que utiliza para apelar a otros profesionales e instituciones. Estas descripciones nacen desde la experiencia y permiten diversas interpretaciones en torno a la realidad del síndrome. Tal es el caso de lo dicho por el neurólogo respecto a las cifras de prevalencia:

“Lo que sí, esta es una cifra que a veces está un poco sesgada porque nosotros no podemos entrar, porque el colegio no lo admite sencillamente; existe un criterio en que el niño molesta y en que el niño... y que no hay otra cosa. Que el niño tiene distracciones, que el niño se distrae, de que no participa en clases, y que tiene que ser SDA, y que en la mayoría de los casos, hay que darle algún medicamento: porque el síntoma cardinal o clave, es el SDA”.

(Neurólogo Hospital 1, Anexo 1, Párrafo 36)

En esta cita se puede apreciar el modo en que el Neurólogo construye una apreciación de la institución escolar y sus dinámicas, lo que a la vez obstaculiza su trabajo desde el área médica. Luego, el enunciador interpreta la construcción que la escuela realiza del SDA(H) y de la infancia, y la argumentación que se hace del niño como sujeto distraído, poco participativo y portador de conductas disruptivas, por lo que necesariamente es estigmatizado como “niño-SDA(H)”. Por lo tanto, se evidencia la interpelación al otro como recurso para justificar los propios obstáculos. Esto se reafirma desde la posición que la apoderada mantiene:

“Sí, porque, cómo es que se llama, hay que estar llamando al consultorio, yo a veces llamo y no contestan para nada; o cuando llamo ya no hay número, entonces necesito tener algo que sea ya, que me lo vean luego, para que ya desde marzo o en abril, pero que comience antes de que tenga la mitad de año de colegio...”

(Apoderada Escuela 1, Anexo 10, Párrafo 6)

En esta ocasión, la apoderada no alude a los intereses del consultorio. Sin embargo, lo que sí realiza es el ejercicio de construir la propia posición apelando al otro como motivo de la insuficiencia en el abordaje: esto se realiza en tanto el consultorio, al no contestar el teléfono, imposibilita las acciones de la madre en favor del tratamiento de su hijo, por lo que al describirlas también evidencia que sus obstáculos van en la ausencia de apoyo efectivo.

En base a las citas anteriores, se ha hecho evidente cómo el recurso de “externalizar la falla” construye y argumenta las funciones que cada entrevistado cumple dentro del flujograma del SDA(H).

- Idealización del especialista y la red de apoyo

El análisis da cuenta de que los entrevistados apelan al rol del especialista y la red de apoyo como objetos idealizados. Sin embargo, al describirse las acciones realizadas en el flujograma de abordaje, se alternan experiencias narradas desde el rol profesional, con versiones enunciadas desde la subjetividad de cada entrevistado. En este sentido, los especialistas y la red de apoyo son construidos desde distintas posiciones, en un mismo discurso.

Una primera aproximación a la construcción de la red de apoyo se condice con la metáfora de la “maquinita”, y se relaciona con la posición otorgada a los protocolos de atención. Estos procedimientos aparecen como elementos que se *insertan* en la realidad escolar, instaurando un proceso de subordinación de la escuela frente a los distintos especialistas:

“Sí, correcto. Y con esos niños lo que se podía, no sólo desde los

programas de integración, sino de sistema, era enseñarle a la escuela los procedimientos para poder hacer una derivación correspondiente con los canales que corresponde. Eso es lo que se hace, o sea, el Director, Escuela, consultorio, [...]”

(Coordinador PIE, Anexo 5, Párrafo 62)

La afirmación del entrevistado no sólo reafirma la subordinación mencionada; sino que además hace una primera alusión a la figura del “sistema”, como mecanismo amplio, cuyas responsabilidades no caen aún en sujetos particulares. Cabe destacar que la frase *“los canales que corresponde”*, da cuenta de que se estima una forma determinada en que la red de apoyo *debe* operar en la escuela, con procedimientos que terminan por constituirse como normas. Así pues, tanto la construcción del sistema como elemento abstracto, y la referencia a normativas de acción son recursos que delimitan y mantienen el trabajo de los profesionales en la escuela. A su vez, sostienen la posición otorgada a los actores del abordaje y las relaciones que se mantienen con ellos.

Por contraparte, la construcción realizada por uno de los Psicólogos entrevistados da cuenta del rol de la experiencia subjetiva en la construcción de la red de apoyo. Esta es una de las pocas afirmaciones que permite romper la figura del especialista como ente abstracto, lo que se constituye como una primera divergencia en términos discursivos:

“...el examen neurológico, depende también del neurólogo que lo haga. Cada uno tendrá su... o sea, el examen neurológico es uno, lleva una entrevista, pero me imagino que cada uno tendrá distinta, distinto, distintos filtros también y tendrá distintas, distintos métodos de preguntar y una consulta más acabada;...”

(Psicólogo Hospital 1, Anexo 2, Párrafo 23)

Se observa que la inclusión del método particular de diagnóstico “depende también del neurólogo que lo haga”, particularizando el desempeño profesional. Sin embargo, el criterio personal de cada profesional es algo que se “tendrá” en un presente hipotético, por lo que se construye

como un supuesto del entrevistado, y no como un hecho factual.

El entrevistador construye al neurólogo-especialista como alguien que puede operar en base a la subjetividad, entendiendo que es él quien 'posee' el filtro para discernir los procedimientos tanto de abordaje como de diagnóstico. De esta manera la inclusión de la esfera subjetiva mantiene la primacía, en detrimento de la dimensión técnica del especialista. La siguiente cita permite evidenciar lo descrito anteriormente:

"Como te digo, yo no soy especialista: yo digo 'desde mi experiencia', 'desde mi intuición', yo los tomo, y bueno, pongo el conocimiento que uno dijera, el barniz básico que a uno le entregan en la universidad también [...] Integramos todo eso y tomamos la decisión de enviarlo al departamento de, se llama departamento Psicosocial (ríe) por eso te decía, es un grupo multidisciplinario y lo encuentro, lo encuentro genial".

(Profesora 6° Básico Escuela 1, Anexo 8, Párrafo 17)

A partir de dicha cita pueden apreciarse dos aspectos principales. El primero se relaciona con la identificación del especialista, que en este caso son los componentes del equipo psicosocial. El segundo refiere a la construcción del especialista como un otro capaz de suplir las necesidades propias de la labor docente, cubriéndolas y transformando al especialista en agente esencial. Así, lo multidisciplinario se presenta como una especie de "comodín" para enfrentar lo que la propia "experiencia e intuición" no permite. Sin embargo, cuando se relatan las formas específicas de abordaje, son numerosos los elementos que se interrelacionan y construyen los procedimientos, por lo que éstos parecen perder su característica neutral:

"Por ejemplo la N está haciendo una pesquisa de audición, y que pasaban algunos por temas de SDA pero eran niñas que no veían po, o que no escuchaban, entonces el profe claro se quejaba "mira que no escribe nada" y si no veía, era

más tímido y le daba lata decirle al profesor."

(Equipo Psicosocial Escuela 2, Anexo 11, Párrafo 133)

Esta afirmación da cuenta de los elementos que influyen en la pesquisa, posicionando el SDA(H) como un diagnóstico que depende de la acción del estudiante, por cuanto el síntoma es vivido y manifestado por *ella/él*. De esta forma se puede problematizar la instancia de diagnóstico, dado que los docentes se construyen como carentes de un especialista que facilite este proceso. Por otro lado, esta "necesidad" mantiene un rol docente limitado, lo que permite que se siga posicionando como sujeto demandante a la red de apoyo.

Por medio del párrafo anterior nos aproximamos a una primera construcción del infante, por cuanto sus necesidades particulares exigen que el diagnóstico se ejecute de modo integral. Sin embargo, esta visión se encuentra con la figura de la red de apoyo, como la que finalmente ejerce acciones sobre el niño:

"Ahora, tampoco me podría desdecir, y no decir que tengo la cabeza... 5, 6 niños que en realidad hemos logrado que se mediquen, y se mediquen a conciencia y se mediquen bien, y la familia y la escuela se organizan en torno al, al diagnóstico del niño, al tratamiento posterior; la bio-psico-educación y no sé qué..."

(Equipo HPV, Anexo 4, Párrafo 111)

Como se aprecia en esta cita y en la que le sigue, se evidencia que las acciones de la red de apoyo se ejercen en sus usuarios, y que deben ser 'asimiladas' por las escuelas: lo que se refuerza con la idea de que éstas últimas deben *organizarse* en torno al proceso diagnóstico. El rol asignado a la escuela, como intermediario entre los especialistas y los niños, se justifica con la visión de la realidad social de los alumnos como una dimensión compleja, y que entorpece el abordaje del síndrome:

"Muchas veces tú, cuando indagai un poco más en los casos te dai cuenta que sus realidades sociales también, son súper complejas. Y en verdad te dai cuenta de que lo más

probable es que ese niño tenga un cuadro más bien afectivo que neurológico, y esa es una distinción que no siempre está muy clara, y que tampoco es fácil transmitirla a las escuelas”

(Equipo HPV, Anexo 4, Párrafo 113)

Esta cita nos permitirá asociar las dos primeras estrategias discursivas, de momento que las fallas, en este caso, se atribuyen a la complejidad de la realidad de los niños. Los elementos externos justifican el trabajo de los especialistas y la red de apoyo como instancias válidas para la pesquisa de los niños. Dicha validación se reafirma cuando los entrevistados dan cuenta de que estos casos pasan “muchas veces”, justificando en las *muchas veces* las acciones realizadas por los profesionales de la escuela.

Considerando que los especialistas se erigen como sujetos que alternan su individualidad y su rol profesional, la totalidad de la red sigue siendo construida como un objeto con identidad propia, independiente de quienes la conforman. Es frecuente, en este sentido, la distinción constante entre los intereses particulares y aquellos que pertenecen a la totalidad. Tanto la figura del especialista como la figura de la red de apoyo son elementos neutros que sirven a la argumentación que hacen los entrevistados en la construcción de sí mismos y de su trabajo.

- Idealización del rol de la familia:

En complemento a las estrategias discursivas que hemos mencionado, el rol de la familia también se ve sometido a un proceso de idealización. Las condiciones de las familias de niños con SDA(H) son narrados como elementos disfuncionales, que entorpecen la acción del especialista, por lo que requieren de una intervención “desde” el equipo profesional “hacia” el grupo familiar. Se le otorga la posición de reproducir mecanismos de funcionamiento, como se ve en las siguientes citas:

“Lo que nosotros hicimos es, bueno por parte de la mamá, otro trabajó con el niño, y después junto con el profesor tuvimos una reunión con la mamá, para también elaborar ciertas estrategias que ella debería tener en la casa; también

cómo el profesor debería trabajar en la sala [...]”

(Equipo Psicosocial Escuela 1, Anexo 6, Párrafo 63)

“[...] De repente se le cita [al apoderado] y no viene... si hay alguna recomendación, o de repente el profesor dice ‘no si este apoderado ni siquiera viene a la reunión’, entonces...”

(Equipo Psicosocial Escuela 1, Anexo 6, Párrafo 83)

La primera cita da cuenta de que tanto padres como docentes son posicionados como “productores” de dichas estrategias, lo que podría dar cuenta de un trabajo colaborativo en torno a su elaboración. Sin embargo, el relato de los entrevistados del equipo psicosocial los somete al rol de ejecutores de lo que “deberían” hacer o trabajar con los estudiantes, demarcando cierta subordinación respecto a los especialistas, quienes determinan lo que constituye el ideal del comportamiento familiar. Se da cuenta, del supuesto de los entrevistados, de una familia que no cumple los requisitos que “debería”. Por otro lado, al contrastar la segunda cita, se visualiza el posicionamiento del docente en alianza con ‘los especialistas’, polarizando al apoderado como aquel que no cumple con las expectativas de la institución escolar. Es la familia, entonces, el centro de la crítica.

Esta forma de idealización de la familia actúa también como argumento para construir las funciones que cada profesional cumple o que puede llegar a hacer. Esto permite mantener las dinámicas entre los profesionales y la familia, posicionando a esta última como un ente disfuncional y que es necesario “reparar”, viéndola en algunos casos como obstáculo para el abordaje. Esta concepción de la familia, no da cabida al cuestionamiento de la labor de los profesionales, sino que justifica lo realizado. Por lo tanto, la idealización de la familia y su rol, junto a la precarización de la “familia real”, sirven como justificativos de las acciones que se han realizado.

La afirmación de la apoderada complementa la construcción de la familia como foco de intervención del especialista, debido a las carencias que se asocian a

ella. Se visualiza que la elaboración de las pautas familiares deseadas, se acompañan de prohibiciones e indicaciones de carácter autoritario por parte de la escuela. Esto exige a la apoderada adaptarse de acuerdo a las indicaciones que recibe, reorganizando su dinámica parental:

“Me puede echar mil demonios pero yo soy así, ‘J, [levanta la voz] que no me llamen la atención porque no quiero que me vuelvan a llamar’ le digo, pa’ que no me vuelvan a llamar porque ya viví estar parte y no quiero vivir de nuevo que te llamen la atención por algo que hiciste. Siempre le estoy repitiendo ‘J, el comportamiento, concéntrate”

(Apoderada Escuela 1, Anexo 10, Párrafo 87)

Se puede apreciar que dichas ‘llamadas’ acuden a la descripción factual del niño como quien provoca que la escuela demande la presencia del apoderado, dado que la conducta del niño requiere de su intervención. El rol del apoderado en la escuela se mantiene siempre desde las carencias que el niño “J” muestra como estudiante, y al descontento que genera en los docentes. A las descripciones que se siguen enumerando, tanto de las características como de las acciones del niño al interior de la escuela, se suman directrices al apoderado para su mejor manejo, como se da en la cita anterior, y en la siguiente, por medio de la prohibición de llevar juguetes a la escuela:

“Porque era como, era inquieto; o no escribía, o se dedicaba a puro molestar a los compañeros que no podían hacer los trabajos... eh, yo era de esas personas que yo les escondo los juguetes pa’ que no me los lleven al colegio... pero llegan el día cuando llega a buscarlos, me llega con los juguetes... entonces me retan allá, ‘que el niño no traiga juguetes’, entonces ya empieza con la dificultad que el J no copia, no pone atención, se pone muy desordenado, se pone muy, contesta mal; entonces ya no era una sola profesora que me llama la atención, eran todas. Entonces yo decía, bueno, ‘es algo que está fallando...”

(Apoderada Escuela 1, Anexo 10, Párrafo 26)

Las afirmaciones de la apoderada son constitutivas de las relaciones mantenidas tanto con docentes como con otros apoderados: ambas construyen lo que el apoderado percibe como realidad en torno al comportamiento de su hijo, ya que si emergen quejas de todos los docentes es porque efectivamente “algo está fallando”, de acuerdo a su interpretación. Nuevamente se produce la naturalización de la conducta del niño, legitimada desde especialistas y docentes como quienes dictaminan lo debido y válido. En la siguiente cita, se refleja la relevancia del discurso del profesor como modeladora de la percepción, produciendo incluso la nivelación del apoderado con su hijo, en tanto ambos son “usuarios” de la escuela:

“Bueno la misma profesora decía que él no se halla con los compañeros nuevos, porque eran muy... él estaba muy apartado, bueno que los compañeros también no lo querían estar junto con él. Le tenían un poco de rechazo que, porque como se portaba más o menos, era inquieto, que no lo dejaban estudiar y escribir y volvimos con la misma cuestión... entonces yo le dije ‘ya, yo igual soy compañera igual, porque voy a tener que conocer apoderados nuevos’ y hasta ahora te juro por Dios que no he interactuado con ningún compañero del curso del J... No, no he tenido ese, ese feel que yo tenía con los compañeros del otro colegio, no hay como un contacto que yo podría estar más cercana...”

(Apoderada Escuela 1, Anexo 10, Párrafo 47)

En este sentido, se puede apreciar que la carencia de herramientas relacionales de la madre sirve de justificación a las dificultades que el niño presenta en el aula. Esta asociación, sin embargo, permite señalar a la familia (en este caso, la dupla madre-hijo) como origen de la disfuncionalidad que se refleja en la escuela y que dificulta su desempeño académico. El discurso de la apoderada justifica, de esta manera, la visión que construyen los expertos:

“Niños que... -pensaba en aquello que decías tú de la anamnesis- a mí me pasa también que veo que hay muchas dinámicas parentales que tienen que ver con alargar la infancia de los niños: que en la primera infancia amamantan al niño hasta muy tarde, que duermen con los papás hasta muy grandes, entonces tienen muchas conductas que son muy regresivas a nosotros en el PSC nos pasa harto...”
(Equipo HPV, Anexo 4, Párrafo 38)

Las citas anteriores generan finalmente la polarización de los sujetos responsables del abordaje del SDA(H): dado que la familia es centro de críticas, producto de sus carencias, mientras el lugar del especialista se valida por medio de su disciplina, construida como objeto natural y neutro. La interpelación a la familia, en este sentido, también se realiza por medio de descripciones que se erigen como verdades desde los especialistas como enunciadores.

- Delimitación y enumeración de funciones y roles

Dado que el flujograma de abordaje incluye programas y profesiones tanto del área de la salud, la educación o las ciencias sociales, esta estrategia discursiva permite la construcción de límites entre las funciones de las instituciones y los especialistas. Esto acarrea consecuencias en la construcción de la red de apoyo, por cuanto reafirma la figura de la “maquinista”, en la que cada profesional y disciplina corresponde a engranajes de distintos niveles. Por otro lado, sostiene la construcción del niño como sujeto que es abordado desde disciplinas distintas, con objetivos técnicos y específicos. Para lograr dichos efectos, la narración de los entrevistados se vale de la enumeración y distinción de las etapas del flujograma. Eventualmente, cada entrevistado delimitará un terreno que le es 'propio':

“...lo primero que hacemos es bueno, tener una entrevista familiar, ver digamos las dinámicas familiares, ver cómo funciona la familia; y ver si alguno de esos factores digamos, familiares dentro de las dinámicas, afecta de alguna forma el nivel de atención del niño. En segundo lugar, tratamos de tener una

intercomunicación con los colegios; porque como en el fondo como nosotros no recibimos del comienzo esta información que es súper valiosa para nosotros, que es la conducta dentro de la sala de clases, no tenemos un reflejo real de cómo es el niño.”

(Psicólogo Hospital 1, Anexo 2, Párrafo 47)

Esta primera cita alude a la importancia de la información como modo de acercamiento 'real' al niño, el que es cosificado en consecuencia. La existencia de múltiples fuentes de información (desde otras instituciones y especialistas) tiene un sentido en tanto permite la construcción del niño, aunque abre nuevamente la discusión en torno al 'diagnóstico integral' propuesto desde los documentos Ministeriales. Si bien aquí aún no se han evidenciado las delimitaciones de roles, sí se justifica la participación de otras instancias de pesquisa para facilitar un acercamiento 'completo' al niño, posicionado como *objeto* de investigación. Al construirse los límites entre los propios engranajes de la red de apoyo, se puede acudir a otra afirmación del mismo entrevistado:

“en la nueva Guía Clínica que aparece ahora, aparece que los que efectivamente, los psicólogos podemos hacer el diagnóstico; pero para visión de los médicos el SDA es un diagnóstico médico, por lo tanto lo tiene que hacer un médico. Entonces, si tú te das cuenta, si llega un, un informe acá que dice 'Déficit Atencional' y firmado por un psicólogo, por la profesora, qué se yo, el médico se le ponen los pelos de punta, dice 'pero por qué una profesora o un psicólogo está diagnosticando SDA, si eso lo diagnosticamos nosotros'...”

(Psicólogo Hospital 1, Anexo 2, Párrafo 99)

Las palabras de este psicólogo dan cuenta de que dichos límites se negocian entre lo establecido por los documentos y la lectura que hacen los profesionales de ellos: en este caso, la reinterpretación que los médicos hacen de los procedimientos clínicos. La posición que se otorga a los profesionales de la medicina se construye de momento que sus 'pelos de punta' se levantan en oposición al trabajo realizado por profesores y psicólogos, dando cuenta de su desaprobación, así como de la poca

sintonía que se tiene con las políticas en torno al abordaje del SDA(H). A este respecto suceden dos cosas: primero, que se construye la subordinación del psicólogo y la psicología al especialista médico, reafirmando la verticalidad en el proceso de abordaje. En segundo lugar, la subjetividad del profesional vuelve a adquirir relevancia en la construcción de la red de apoyo, la que termina por ser una maquinita que se ve constantemente sujeta a impedimentos y averías que justifican su ineficiencia:

“Entonces uno se hace un panorama, pero nunca se ha sistematizado esa información. Yo creo que tampoco es necesario hacerlo, porque para eso uno tiene las fichas, para eso están las otras instituciones, porque para eso nos volcaríamos a otro trabajo; o sea, está limitado nuestra función, nosotros venimos por una función pedagógica, venimos a enseñar y nos encontramos con una diversidad que no te la puedo ni graficar.”

(Profesora 7º Escuela 2, Anexo 13, Párrafo 54)

El relato de la docente citada abre, por último, una nueva arista desde la limitación de funciones: la justificación del rol de la red de apoyo, como complemento a las acciones de la escuela, que parecen ser insuficientes frente a la “diversidad” de problemáticas psicosociales adheridas al SDA y para las que se solicita la acción de terceros. Esta necesidad parece ser compartida por otros entrevistados, que también construyen la red de apoyo como un conjunto de profesionales que abarcan la ‘gran complejidad’ en la que viven los niños en escuelas vulnerables, para lo que requieren la distinción y cumplimiento de sus labores. Al explicar la ineficiencia del abordaje, la delimitación de funciones es un recurso transversal, constituyendo también un acto de externalización y desresponsabilización. Los roles profesionales y disciplinares permiten mantener el discurso del sistema ineficiente: ya que para realizarse un abordaje más eficiente, los profesionales se ven forzados a realizar labores más allá de lo preestablecido.

Los efectos discursivos que se desprenden de la red de apoyo como la “maquinita” descrita hasta ahora, se

relacionan con cuatro elementos distinguibles. En primer lugar se construye la identidad del niño como objeto segmentado, que los profesionales abordan en los distintos aspectos correspondientes a su pertinencia: tanto la afirmación del Psicólogo del Hospital 1 como de la Profesora de 7º Básico de la Escuela 2 reafirman la figura de lo “real” como aquello que se busca en el abordaje, y que justifica la existencia de la red de apoyo. Como segundo efecto discursivo, la red de apoyo se construye como la suma de acciones particulares, cuyo cumplimiento se remite a la coordinación. En consecuencia, se construye al niño como objeto abordable en esferas independientes y separadas.

Sin embargo, la construcción del abordaje ‘real’ del niño permite que se origine una voz disidente, y que permite sospechar que hay interpretaciones alternativas de lo que “realmente” sucede en el sistema de abordaje. Luego se podrá evidenciar que, aunque divergente, el siguiente argumento recurre igualmente a la desresponsabilización como fenómeno discursivo:

“El problema real está en el aula: el problema real es que, X cantidad de niños no avanza, o no pueden adaptarse a un sistema de trabajo digamos, pensando en un... a un sistema de trabajo ‘productivo’ en el término de que, no logran los aprendizajes que ellos esperan, como escuela. Por efecto, traducido, el profe ‘no puede trabajar con ellos’, y a eso le pone un nombre; y como el nombre más común de un niño que no aprende en una escuela es el SDA, se lo cargan al SDA.”

(Coordinador PIE, Anexo 5, Párrafo 38)

La cita mencionada construye el síndrome como una problemática social; atribuyendo su construcción al orden del currículo escolar, y explicando su existencia por carencias pedagógicas. Se desprende que la escuela no tiene las herramientas necesarias para el abordaje de los niños que no aprenden. La divergencia aquí está en el origen atribuido al síndrome: el cual no estaría en el niño, sino en el entorno educativo insuficiente para la diversidad de “X cantidad de niños”. El sistema educativo termina por desresponsabilizarse, construyendo una

patología en la etiqueta de “SDA(H)”. Esto es coherente con la objetivación del SDA(H) y su posicionamiento como un elemento que “se le carga” a los niños con problemas de aprendizaje.

El tercer efecto discursivo se desprende de la externalización de las fallas de la red de apoyo, y de la idealización de los roles del especialista y la familia. Estos recursos facilitan la construcción de las mejoras en términos de abordaje y tratamiento como una posibilidad existente sólo en un futuro hipotético, en el que se cumplen los ‘ideales’ de cada rol y del funcionamiento total de la maquina. Esto es parte del fenómeno de responsabilización mutua entre los profesionales, o bien, de la señalización de las condiciones institucionales como responsables del éxito del abordaje del SDA(H). Por otro lado, el síndrome ha sido retóricamente construido como algo más complejo de lo que se puede abordar en la actualidad.

En último lugar, al distinguirse las afirmaciones de los especialistas de salud y educación, por un lado, y de la apoderada y los docentes por otro, se comprueba el modo en que la escuela se organiza en base a las intervenciones de pesquisa, diagnóstico y tratamiento, siendo posicionada como una institución que se subordina a la voz de los especialistas: en particular, al discurso de los profesionales médicos. De esta manera el SDA(H) es remitido al terreno de la disciplina médica, más allá de su naturaleza o etiología. Parte de esta construcción se debe a la descripción de los procedimientos de especialistas como elementos neutros y válidos en sí mismos, lo que construye una relación de subordinación entre instituciones, por cuanto la realidad escolar es sometida a juicio y busca siempre ser validada dentro del conocimiento técnico y científico. De ahí que la información que la escuela aporta, cumple el cometido de permitir al especialista médico un acercamiento *más completo* a la realidad del niño. Del mismo modo, al interior de las instituciones de salud es que la psicología se posiciona como disciplina auxiliar, intermediando información y facilitando un diagnóstico que es inevitablemente médico.

▪ **“El niño como producto”**

La segunda metáfora que presentamos se asocia al fenómeno de

diagnóstico y tratamiento del SDA(H), en particular, a la relación que se construye entre los especialistas, el niño, y el medicamento como principal agente de la intervención médica. El contexto institucional y social en el que estos tres elementos interactúan será revisado para dar cuenta de la construcción del niño, como sujeto cosificado y limitado por sus condiciones de vida. Este recurso es base para la necesidad del medicamento, construido como un nuevo agente de intervención, frente a un síndrome que sobrepasa e invade de manera irremediable al niño. Este último será posicionado como sujeto incapaz de gestionar su propia mejora, por lo que sólo debe replicar las decisiones que se toman desde el mundo adulto. Así, el SDA(H) sostiene la existencia del flujograma de abordaje, intermediando las relaciones entre adultos especialistas y niños problematizados. En esta construcción se identifican las siguientes estrategias discursivas:

- **Agenciación del medicamento**

El medicamento como estrategia de intervención es construido con un rol agente, validado por los efectos que produce en el contexto escolar y familiar del niño. Para dicho efecto, el discurso médico, personificado en el Psiquiatra que se cita a continuación, recurre a la comparación con intervenciones psicológicas y psicopedagógicas, priorizándose el fármaco por medio de cifras que reflejan su efectividad:

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

(Psiquiatra Hospital 2, Anexo 3, Párrafo 26)

La justificación del tratamiento farmacológico como intervención se basa en el uso de cifras que se respaldan en una

'demostración' ya realizada, sin que sea necesaria siquiera la identificación de quienes realizaron esto. Por lo tanto, las intervenciones psicológicas se construyen como segunda opción en el tratamiento de la sintomatología. Esto se refuerza cuando la eficacia del medicamento se ha evidenciado en una medición "sin otras intervenciones". Esta afirmación sólo será válida si se está en presencia de un SDA(H) sin co-morbilidad, que facilite la medición exacta de la eficacia de la pastilla. Se da cuenta principalmente de los requisitos necesarios para identificar la importancia del fármaco desde la perspectiva del psiquiatra, y que nuevamente se dirige hacia la condición de contar con un contexto específico y 'puro'. La construcción del medicamento, por lo pronto, se realiza por medio de la descripción de un hecho 'veraz', que sustenta el rol del médico. La agenciación adquiere coherencia si se construye también un espacio 'interno' en el cual el medicamento pueda llevar a cabo su acción, y que sostiene la demanda de la escuela. Esta demanda también se hace a la apoderada, reforzando la imagen del niño como objeto pasivo frente a la acción de los adultos:

"Eh, pero, la profesora bueno, las veces que hemos... las pocas veces que hemos conversado me habla de las dificultades que tiene el J, que le falta una cosa que tiene que rendir bien en el colegio, que tiene que mejorar esas notas... bueno, el tipo del inspector; porque a veces me pasaba llamando en la semana... que el J se comporta mal, que tiene que tener más respeto con los estudiantes o con los mismos compañeros. Pero después esas mismas cosas no me han llamado más; y me han dicho más que el J ha cambiado como en la personalidad de él; que ya saluda las personas, 'hola como está' 'buenas tardes' no sé..."

(Apoderada Escuela 2, Anexo 10, Párrafo 77)

Se puede comprender que la mejora del niño, relatada por su madre, produce un antes y un después en el tratamiento, que parece producir la modificación conductual, y que tiene como evidencia la ausencia de llamadas por parte de los docentes. Este es un primer

indicio de que, al igual que con el diagnóstico, los criterios de mejora también se construyen desde la validación de otros adultos. En consecuencia, la visión del niño construye una carencia interna, al decir que "le falta una cosa"; "tiene que tener más respeto". A este respecto adquiere importancia la intervención de agentes externos que produzcan el cambio: tal es el caso del medicamento. Por otro lado, el cambio del niño se asocia a su personalidad, lo que refuerza el argumento de que la mejora anhelada por la escuela es el cambio en una *estructura* individual e interna. Esta construcción, si bien es narrada por la propia apoderada, se nutre de las percepciones y afirmaciones de otros (profesores, especialistas, inspectores) para argumentar y reforzar el cambio conductual como un hecho real y logrado.

La siguiente cita refuerza la necesidad de contar con un suplemento que "complemente" las carencias del niño. A su vez, muestra la relación naturalizada entre síndrome y fármaco, mediada por la percepción que los adultos tienen del cambio conductual del niño. El cambio percibido refuerza la noción de que el SDA(H) es, en principio, un estado en el que el niño no posee las herramientas que debería:

"Yo creo que con los niños con problemas de aprendizaje tengo más avances, que tienen solamente problemas de aprendizaje. Con el SDA influye directamente en los aprendizajes, pero yo lo que veo y me da un poco de pena decirlo, lo que más ayuda en el SDA es el medicamento: una vez que el niño está medicado, yo puedo aprender con él, puedo recién entrar a que ellos aprendan. A veces es muy difícil y en verdad, sinceramente, no tengo las herramientas para decir 'no en verdad no lo mediquen, yo tengo las herramientas y lo voy a contener', porque está en el centro de un curso muy diverso, entonces tengo que avanzar con el grupo y se me hace muy difícil"

(Profesora 6º Escuela 1, Anexo 8, Párrafo 60)

Al describir las mejoras de los estudiantes, la docente distingue entre

aquellos que tienen problemas de aprendizaje, y aquellos que se diagnostican con SDA(H). Dicha distinción justifica un tratamiento más específico para el caso del síndrome, argumentando esto en la experiencia previa del enunciador, y que sirve como fuente de evidencia. Se puede apreciar que, dada la presencia del fármaco, se reconoce un estado nuevo en el niño: el “niño medicado”. Por lo tanto, los cambios conductuales y actitudinales del estudiante son visualizados como efectos del medicamento, que se construye como un recurso de apoyo a la docente, que facilita el proceso de enseñanza-aprendizaje. El hecho de que la entrevistada hable en primera persona al referirse a las mejoras que busca en el aula, y su posterior mención a la falta de herramientas propias para abordar la problemática, termina por dar cuenta de que el fármaco no sólo se constituye como un agente suplementario a la carencia del niño, sino que también complementa las de la docente. Por último, se debe acotar que la construcción que se hace de la diversidad, la significa como un obstáculo para el desarrollo y aprendizaje del niño. Dicho fenómeno será mayormente abarcado en las conclusiones.

Las citas aquí dispuestas permiten la construcción de la ‘pastilla’, protagonista de esta metáfora, por parte de los adultos involucrados en el abordaje del niño derivado. Esta construcción es la de un agente en dicho proceso, ya que su presencia se sustenta en un discurso médico, que en este caso es reforzado por la docente, y que gira en torno a la eficiencia y a los cambios conductuales que se buscan para los niños que ‘presentan’ el SDA(H). Para lograr dicho efecto, se requiere construir también una posición particular de los estudiantes diagnosticados. Esto será evidenciado en la siguiente estrategia discursiva.

- Cosificación del Niño:

La presente estrategia discursiva refiere a la construcción del niño diagnosticado con SDA(H) como objeto de intervención, dado que no es capaz de controlar o problematizar sus conductas. En este sentido, su comportamiento ha sido narrado por los entrevistados, que lo acompañan en los distintos contextos en que se presenta. La cosificación del estudiante, entonces, sirve a la

construcción que los adultos hacen del síndrome, sosteniendo la necesidad del abordaje del síndrome y de la red de apoyo que se encarga de aquello. De esta forma se validan las prácticas de abordaje y la existencia misma del síndrome, narrado como algo *externo* al niño, y que se inserta en él a modo de “virus”. Por efecto, el estudiante es visto como desposeído de las capacidades para combatirlo, y el flujograma adquiere el rol de “sistema inmunológico” externo, y que dirime si patologizar la conducta, o no. Esto impide que el niño sea sujeto agente, remitiéndolo al lugar de objeto pasivo:

“Tenemos diseñados unos talleres para el SDA, pero para los padres; que en el fondo son talleres de manejo conductual; talleres psicoeducativos finalmente, para que los padres sean capaces de manejar las conductas del niño, y entiendan que muchas de las conductas no son conductas intencionadas, sino que son conductas propias del SDA, ¿cierto? Y conductas que de repente no se deben castigar, o no se deben...”

(Psicólogo Hospital 1, Anexo 2, Párrafo 49)

La cita anterior otorga sentido a la existencia de intervenciones sociales, complementarias a la intervención medicamentosa. En las instancias psicosociales se incluye a los padres, a la vez como receptores de la intervención profesional. También se hace presente el recurso de cosificación del niño que sustenta el abordaje educativo dado que, nuevamente, el niño no es capaz de “manejar” sus conductas y necesita que otros le enseñen a hacerlo. En este sentido, la cosificación no sólo habilita a otros a calificar sus comportamientos y a regularlos, sino que este fenómeno se reproduce en los padres, a quienes se les enseña a “manejar” la conducta. Se podría inferir que los padres también son posicionados sobre el niño, lo que impide que éste último acceda a la posibilidad de autorregularse. La intervención ‘integral’ en este caso, queda remitida al mundo adulto. Por último, el segmento final de la cita apela a que las conductas “*no son conductas intencionadas, sino que son conductas propias del SDA*”, lo que vendría a reafirmar la cosificación del niño, en cuanto el SDA(H) es visto como un agente

externo que se inserta en él y que tiene características propias. Esto impide del todo la acción del niño:

“Esto [pesquisa] se hace a principio de año, con observación directa hacia el comportamiento de los estudiantes dentro del aula, frente a las normas y reglas que se establecen dentro de ella, y también evaluamos el nivel de absorción que tienen de la clase, de los tres momentos que la clase posee; el inicio, desarrollo y el cierre de clases. [...] Porque no saben usar su atención... Luego de eso, si la conducta se repite durante mucho tiempo y ya no resultan las estrategias; cuando no se puede llevar el desarrollo de la clase; se le pide al equipo de intervención de la escuela, que lleva un tiempo considerable que es un mes por lo menos donde se ve que las primeras evaluaciones...”

(Profesor 1° Básico Escuela 1, Anexo 7, Párrafo 8)

Esta cita introduce al contexto educativo como elemento que cosifica al niño, dado que posee parámetros para calificar su comportamiento, y protocolos establecidos para abordar conductas que pudieran resultar transgresoras. Así, se produce el fenómeno en que el comportamiento se construye como objeto que invisibiliza la identidad del estudiante, siendo las conductas manifiestas las que no se están adecuando al currículo escolar, lo que genera que el niño sea señalado como posible caso de SDA(H). Bajo este proceso no existe ningún tipo de cuestionamiento hacia el currículo escolar, siendo este un referente para distinguir conductas ligadas al síndrome. Esto significa que la adecuación a tal currículo, será la que determine la rotulación del niño como estudiante “normal”, o como portador del síndrome. Por otro lado, el trabajo de los docentes también es narrado, ya que éstos no adecúan sus prácticas a las situaciones problemáticas, sino que argumentan la necesidad de que otros profesionales intervengan, para poder solucionar o superar conductas de estudiantes que hasta ahora han sido construidos como obstáculos. Por otro lado, cuando la docente afirma que los problemas se originan *“Porque no saben*

usar su atención...”, produce un estudiante compuesto por elementos aislados: atención, conductas, etc., de tal modo que estos elementos no están siendo “maniobrados” por el niño, lo que justifica la búsqueda de agentes que logren dirigir tales aspectos desde el control externo. Tal autoridad sobre el niño también permite la evaluación de cada caso, como se ve en la siguiente cita:

“Es que no se ven tan severo porque, es primero básico y los primeros básicos son muy energéticos. Entonces no se ve tanto; en cursos mayores sí porque son más tranquilos. Entonces la hiperactividad y el déficit se notan más que en los cursos pequeños; es un juego ahí. Por eso yo digo que no es necesario en primero básico, a menos que sea muy grave; pero en primero básico yo no lo dejaría.”

(Profesor 1° Básico Escuela 1, Anexo 7, Párrafo 34)

En la cita anterior el niño es cosificado en torno a un límite que distingue lo patológico de lo normal, y que es evaluado en cada nivel básico cursado. De este modo, las conductas asociadas al SDA(H) corresponden al síndrome dependiendo de la edad de cada niño. Si bien se introduce un elemento adicional a la evaluación de la conducta, se mantiene la coherencia con lo dicho anteriormente, dado que el niño es subordinado a criterios externos, y sometido luego a los resultados de la evaluación.

En general, este recurso de “cosificación del niño” contribuye a configurarlo como un ente pasivo frente a sus conductas, e incapaz de problematizar su cuadro. Todos estos procesos quedan en manos de terceros, que finalmente otorgan agencialidad al SDA(H), el cual parece actuar con total autonomía, produciendo conductas que son ajenas al niño. Toda esta construcción, sin embargo, no se ve exenta de otras construcciones: la consideración de la experiencia subjetiva del infante, ligada a las consecuencias del SDA(H), constituye un elemento de divergencia. Hasta ahora hemos apelado a la invisibilización del niño, y la priorización de su conducta como evidencia de su condición. Sin embargo, desde el mismo corpus textual se logran rescatar algunas

nociones que apelan al niño y a la familia como elementos presentes y considerados en el abordaje, tal como se puede apreciar a continuación:

“Básicamente, se espera que el niño se desarrolle en plenitud conforme a sus discapacidades. Eso. Uno generalmente termina finalmente tratando a los niños, no tanto por el SDA en sí, o la limitación que éste la pudiera provocar al punto de vista estrictamente académico; sino la limitación que le pudiera provocar desde el punto de vista emocional y social al estar en una situación de desmedro, al afectar su autoestima, eh, su desarrollo, por no poder cumplir con las demandas y expectativas que se tiene con un niño de su edad por tener esta limitación. Esa es la razón principal del tratamiento.”

(Psiquiatra Hospital 2, Anexo 3, párrafo 54)

Se puede advertir en las palabras del psiquiatra una comprensión más amplia de la problemática, identificando como tema prioritario la situación de desmedro vivida por el niño a raíz del ‘padecimiento’ del síndrome. Decimos *padecimiento*, pues cabe destacar que el término se mantiene en lógicas similares a las ya descritas, lo cual puede evidenciarse en el uso de frases como “conforme a sus discapacidades” o “por tener esta limitación”, que dan cuenta de la construcción del síndrome como algo que el niño “porta” consigo. Sin embargo, la visibilización de un niño detrás del SDA(H), quien es depositario de toda la carga social identificada, viene a constituirse como elemento que rompe con la construcción centrada en la agenciación del síndrome. Así mismo, al complementar lo anterior con las siguientes citas, puede distinguirse la elaboración de un nuevo elemento, en donde sería el “sistema” quien ha determinado la naturaleza del abordaje:

“[...] Porque... porque se ha reducido a, a que el niño tenga, nos hemos conformado como sistema, a que el niño actualmente sea identificado y tratado. Pero el impacto de eso en lo educativo o el desarrollo de la calidad de vida de ese niño en el sistema educativo, no ha sido muy de a poco... Se

sigue. Entonces, hasta dónde llego... ¿Hasta que llegue al Hospital, a un neurólogo que le dice ‘sí, tiene SDA y estos son sus medicamentos’? ¿Hasta ahí llego?”
(Coordinador PIE, Anexo 5, Párrafo 133)

La posición que ocupa el niño en dicho contexto institucional se puede analizar entonces desde la práctica médica. En esta primera cita no sólo se introduce la dimensión del infante más allá de la intervención farmacológica: también se da cuenta de la inquietud de los profesionales frente a esta nueva consideración, puesto que representa una ruptura desde lo institucional frente al trabajo realizado anteriormente. Al tener esta consideración los aspectos del abordaje que han sido determinados institucionalmente pierden su neutralidad y obviedad, y pueden ser cuestionados desde la experiencia subjetiva de los enunciadores. Esto se constituye como una nueva fisura en el discurso de los entrevistados:

“...también nos damos cuenta de que la intervención es pausada, y es limitada en tiempo; por ejemplo todos los niños que están con diagnóstico de SDA con hiperactividad, que están con medicación; ahora en diciembre reciben su última dosis... porque como ahora no vienen a clases, no es necesario que les den. Entonces, se ve como que la medicación es en función del sistema escolar; pero no en función del niño y de su desarrollo integral...”

(Equipo Psicosocial Escuela 2, Anexo 11, Párrafo 215)

Cabe señalar que en el primer fragmento, el entrevistado se incluye a este “sistema”, haciéndose parte del fenómeno aludido como quien ha ido construyendo el objeto de abordaje. Además, hay un cuestionamiento al alcance y los límites del abordaje, abriendo preguntas que buscan el cuestionamiento de los protocolos. El segundo fragmento habla de un abordaje centrado en las necesidades institucionales de la escuela, relegando al niño a un segundo plano. Lo importante de esta narración es que permite explicar los obstáculos que entorpecen el abordaje, y la saturación del sistema: el mismo error es utilizado como argumento para construir

condiciones de abordaje que resultan deficientes.

La siguiente cita refuerza este cuestionamiento sobre la poca consideración de la experiencia subjetiva del niño y su familia, tras el estigma que supone ser “portadores” del síndrome. Lo que cobra importancia a modo de divergencia es la construcción que se hace de ellos como objetos pasivos, insertos dentro del fenómeno. El niño y la familia son “marcados” por un síndrome que se reafirma como patología activa y puede apoderarse de las conductas del sujeto ‘diagnosticado’:

“Es decirle [al niño], ‘tú tienes un problema, el cual yo no lo tengo’ y puede quedar en una negación [...] y yo no puedo darle al asunto, y entonces bordear el asunto; pero ese niño y esa familia quedan con la marca, de que este niño tiene SDA...”

(Coordinador PIE, Anexo 5, Párrafo 139)

- *Identificación de conductas disruptivas:*

El siguiente recurso se relaciona con el anterior, en tanto el niño está siendo posicionado como objeto pasivo. Sin embargo, esto se complementa con la construcción de su conducta desde dos aristas que pretendemos evidenciar. La primera refiere a la distinción del niño-SDA(H) del resto de sus pares, por medio de la clasificación, descripción y suma de sus conductas, que constituyen un modo de identificación. La segunda, que comprende una relectura de este fenómeno, implica que el comportamiento disruptivo es el que le permite al estudiante ser descrito como sujeto activo dentro del aula, ya que dichas conductas producen efectos de molestia en el mundo adulto:

“Los chicos mira, si tú los observas, mira en lo que están (pausa), atentos ¿te fijas? Sacan los juguetes, ellos siempre sacan los juguetes, y si no los tienen, sacan, se ponen a jugar con un dedo, juegan, o se ponen a jugar con el dedo, no sé, con el pie o con el cordón del zapato. La cosa es increíble, es increíble [ríe]...”

(Profesora 6to Básico Escuela 1, Anexo 8, Párrafo 50)

El contraste que la docente realiza entre los niños atentos, y los que realizan algunas conductas, remite la problemática del aula a niños específicos. Con esto, la entrevistada se posiciona desde fuera de la situación descrita, distinguiéndose del foco del problema. A través de su disposición en la situación discursiva, construye la identificación de sus estudiantes como lugar en el que se originan estas conductas. En este ejercicio de distinción, busca complicidad con su interlocutor, al señalar a los niños que sí están atentos, buscando la reafirmación al decir “mira”, o preguntarle “¿te fijas?”. De lo anterior se deduce que las conductas son visibles, concretas y observables por la entrevistada, lo que le permite relacionarlas de modo natural con la manifestación del síndrome. El niño es, entonces, conducta *per se*. Esto se puede ver reflejado en la siguiente cita:

“Pero de lo que nos empezamos a dar cuenta es que el resto en vez de darse cuenta, era todo un integrado, porque el niño aparte de portarse mal en la sala no necesariamente tiene que dar problemas en la casa; había niñas que pasaban súper desapercibidas en la sala de clases, y tenían problemas súper graves detrás y el profesor no lo visualizaba, total ‘no po, no me da problemas’.”

(Equipo Psicosocial Escuela 2, Anexo 11, Párrafo 67)

Al referirse a las opiniones de profesores, se resalta el uso de la conducta observable en la sala de clases, como indicador de que el niño “tiene un problema”. Y de modo coherente, dicho problema es interpretado como una patología, que explica los problemas de aula como problemas internos del estudiante, y requiere por tanto la intervención de un profesional. Los miembros del Equipo Psicosocial terminan por desligarse de la problemática, argumentando que la construcción de lo problemático tiene origen en la narración del docente. De esta manera la construcción del fenómeno es localizada dentro del aula.

Hemos explicado el modo en que los niños diagnosticados con SDA(H) son separados por medio de la identificación de sus conductas. A continuación

pretendemos mostrar el recurso por el cual estas conductas adquieren carácter agente en la narración de los adultos, fragmentando la cosificación que mencionamos anteriormente. La agencialidad que se otorga a la conducta, más que al niño en sí mismo, viene dada por las consecuencias que produce en quienes lo rodean:

“Entonces a veces tuvo que trabajar solo, no puede ser agrupado, porque los compañeros no quieren trabajar con ellos, entonces igual como que el J es inquieto po... es hiperkinético como le llaman, no sé, los mismos compañeros a veces no quieren trabajar con él”.

(Apoderada Escuela 1, Anexo 10, Párrafo 73)

Se puede apreciar cómo la apoderada asocia el hecho de tener que trabajar ‘solo’ a la hipercinesia que manifiesta su hijo. En este sentido, la entrevistada explica el aislamiento como producto de su conducta, naturalizando esta consecuencia como algo comprensible y esperable. El ‘niño hiperkinético’ es excluido del trabajo en grupo por el simple hecho de tener esta “condición”, y se le responsabiliza por ello. Siguiendo lo anterior, el trabajo individual se transforma en la única medida posible. Así mismo, la cita evidencia la adopción que la familia hace de las lecturas especialistas, en una suerte de subordinación ante las mismas. Esta subordinación se refleja en el uso del adjetivo *hiperkinético*, como un apelativo que es apropiado por la apoderada en sus afirmaciones.

Este segundo aspecto abre un análisis importante, que requiere comparar algunas de las citas que ya hemos utilizado. Habiendo mencionado la cosificación del niño, en la que es relegado al lugar de objeto pasivo dentro de las dinámicas de abordaje, se presentan conjugaciones del verbo “ser”, con lo cual el abordaje y tratamiento pasan a ser estados del sujeto. Esto sucede cuando el Coordinador PIE afirma que *“nos hemos conformado como sistema, a que el niño actualmente sea identificado y tratado”* (Coordinador PIE, Entrevista 5, Párrafo 133). Esta articulación construye al sujeto como producto de la acción de otros, que determina su estado actual.

Por el contrario, las descripciones que se hacen de las conductas del niño en el contexto del aula, lo agencian en cuanto origen y causa de la problemática escolar. Dicha agencia es otorgada por medio de una conjugación del verbo que el mismo niño ejecuta, y que esta vez constituye acción por medio de la conducta, y no un estado. Esto sucede cuando la docente afirma que sus estudiantes *“sacan los juguetes [y...] se ponen a jugar con el dedo...”* (Profesora 6º Básico Escuela 1, Anexo 8, Párrafo 50). En el caso de estas afirmaciones, que corresponden a una conjugación en verbo presente, y a una oración pasiva que sin embargo identifica un sujeto, la coherencia se da en la agencialidad del sujeto en tanto sus conductas producen la interpretación posterior de la docente. Otra docente recurre a una narración similar:

“El problema además, es que estos niños pelean, son buenos para agredirse. No así a morir, pero que molesta y el otro le contesta... en ése sentido, porque además son inquietos”

(Profesora 4º Básico Escuela 2, Anexo 12, Párrafo 91)

Puede visualizarse entonces cómo, a través de la agenciación que otros hacen de la conducta del niño, se construye el síndrome en términos que priorizan lo conductual y lo ligado a la hiperactividad, a la vez que construyen el síndrome como un estado, intrínseco a la identidad del estudiante que comienza a emerger en el discurso.

La alternancia entre pasividad y agencialidad del niño construye un terreno de acción difuso, generando por consiguiente acciones contradictorias: de denuncia y preocupación por el niño por un lado; y de culpabilización y desligamiento por otro. En consecuencia, el *status quo* reproduce las formas de abordaje, por cuanto el niño viene a ser puntualizado como foco de intervención y origen de la manifestación patológica. Esto se refuerza al considerar que los compañeros de curso y la docente son construidos como meros espectadores que reaccionan ante este niño “problemático”: evitando trabajar con él y patologizando la conducta, lo cual finalmente sostiene su exclusión.

Antes de pasar al próximo recurso identificado, quisiéramos aludir a la siguiente cita, la cual supone para nosotros una segunda lectura respecto de la conducta del niño:

“Se tiñen como hiperactividad muchas conductas que en general son disruptivas como por hábitos en el fondo. Nosotros en los talleres preventivos, después cuando el niño va creciendo y va como habiendo un proceso maduracional se me imagina como casi a nivel neurológico se va distinguiendo mucho mejor que hay ciertas conductas que se abandonan como es estar siempre corriendo por la sala, de tirarse al suelo, de arrastrarse, qué se yo, y los niños se van configurando más como agresivos o con dificultades en la interacción o definitivamente más inmaduros. Hay muchos niños que son vistos como hiperactivos y que son inmaduros en el fondo”.

(HPV, Anexo 4, Párrafo 38)

La anterior cita se nos hace relevante dado que rompe con esta visión cristalizada de la conducta molesta del niño con el SDA(H); atribuyéndola en este caso a temáticas de desarrollo y maduración. Esto permite también flexibilizar la valoración de toda conducta fuera de la norma como “hiperactiva”. La cita mencionada permite identificar la construcción de la conducta infantil como producto del lenguaje de los adultos, y la distinción de los focos problemáticos como fuente de conocimientos teóricos y prácticos, utilizados para dar la validación a lo enunciado en las citas presentadas.

- *Determinación desde el contexto vulnerable*

Esta estrategia discursiva permite comprender el papel que juegan las condiciones socioeconómicas en el discurso que hasta ahora se ha construido en torno al niño y al diagnóstico del SDA(H). Dicho rol se explica por medio de la posición que los adultos dan al niño, como objeto pasivo frente a la influencia del síndrome. Esto termina de adquirir sentido y coherencia si las condiciones sociales en las que los niños crecen, se utilizan como argumento para justificar su comportamiento y sintomatología. Esto,

más allá de constituir un acto de comprensión contextual del niño, sirve también como evidencia y explicación para su problemática. La primera cita a este respecto da cuenta del modo en que las condiciones de vida incluso determinan ciertas capacidades en el niño:

“Entonces también hay una desventaja ahí, que muchos de estos niños tienen padres que no tienen herramientas para apoyarlos en la casa, aunque quieran. Y también los tiempos: los niños pasan a veces mucho solos, y esa es como la realidad, la realidad es que hay mucha vulnerabilidad. [...] entonces los niños se desbandan, pasan mucho tiempo ahí, entonces quedan a la deriva, y es solamente lo que se entrega aquí en el colegio... Uno la mayoría de las veces no alcanza a suplir las necesidades de ellos”

(Profesora 6º Básico, Escuela 1, Anexo 8, Párrafo 73)

Este es un ejemplo claro en el que la vulnerabilidad, como estado ‘real’ en el que se encuentran los niños, permite la inclusión de nuevos recursos profesionales e intervenciones que permitan el abordaje. Estos factores abren una nueva arista en el diálogo en torno a las condiciones socioeconómicas en las que los niños crecen: determinadas por las herramientas familiares que poseen, y que permiten el desarrollo de ciertas habilidades. En caso contrario, como afirma la docente, los estudiantes “se desbandan”, con lo que apela a la exclusión del estudiante de las categorías de normalidad. La posesión (o no) de determinados factores, retóricamente, permitirá justificar las instancias de abordaje y dará diversos niveles de importancia al rol de la escuela. El niño, al ser “víctima de sus circunstancias”, se transformará en un fin a ser cumplido por la institución escolar, otorgando de sentido al ejercicio docente.

Esto conlleva que al profesor se le otorgue un papel central, ya no tan sólo en términos pedagógicos, sino en la búsqueda de la mejora en las condiciones de vida de sus estudiantes, supliendo aquello que el niño no puede lograr por sí mismo. En palabras de uno de los entrevistados:

“No sé, yo soy la piedra angular en esto, no puedo ser otra... soy el que trabajo con ellos directamente, tengo más tiempo con ellos, me contacto con el equipo porque si pierdo la metodología o cambian algo y yo no lo sé, la repercusión es para el estudiante. Entonces siempre estar atento, ser lo más empático posible, con los niños, tratar de que no sobrepasen la situación, tratar de dejarlos lo mejor posible.”

(Profesor 1º Escuela 1, Anexo 7,
Párrafo 42)

Se puede inferir de la afirmación del docente, la posición central que toma respecto al tratamiento del estudiante, así como la reproducción que hace de una lógica causal en la construcción del abordaje, ya que ‘las repercusiones son para el estudiante’. Esto deriva en que sus decisiones requieran de conocimiento profesional y comunicación, que argumentan y validan su labor. Las habilidades y competencias que el docente intenta reforzar en sus estudiantes, en este sentido, vienen dadas por las necesidades de estos, en tanto no han podido hacer mucho para cultivarlas por su cuenta. Por lo tanto, los estudiantes resultan receptores de los cambios metodológicos y pedagógicos que se efectúan desde las distintas instancias profesionales. Para reforzar esto, la siguiente cita refleja el modo en que la vulnerabilidad aparece como contexto del SDA(H) y como tema transversal a las prácticas de abordaje:

“Muchas veces los apoderados también tienen problemas de concentración, y les cuesta. En la reunión de curso yo a veces explico los contenidos, uno por uno y anoto en la pizarra anoto, como enseñándoles, y tomo como 20 minutos para eso, pero a veces el apoderado no entiende... Entonces también hay una desventaja ahí, que muchos de estos niños tienen padres que no tienen herramientas para apoyarlos en la casa, aunque quieran. Y también los tiempos: los niños pasan a veces mucho solos, y esa es como la realidad, la realidad es que hay mucha vulnerabilidad.”

(Profesora 6º Escuela 1, Anexo 8,
Párrafo 73)

Si bien esta cita emerge desde la argumentación respecto a la importancia que tiene el apoyo familiar en el abordaje del SDA(H), dicha visión es reforzada por medio de la construcción de la familia como fuente de carencias y vulnerabilidad. La construcción reiterativa de las herramientas que no se ‘tienen’ es nuevamente adjudicada a los apoderados. La situación vulnerable describe una realidad con complejidades superiores al diagnóstico mismo, sobrepasando sus criterios diagnósticos, y posicionando a los estudiantes en una problemática social compleja, que finalmente sólo puede ser abordada por especialistas. Estas explicaciones justifican la ausencia de herramientas en el mismo niño, quien es finalmente el producto de las características de su entorno. Estos elementos conforman un escenario que demanda la acción por parte de los docentes y otros profesionales, dando a la ‘sobredemanda’ un carácter no sólo cuantitativo, sino cualitativo, por cuanto el abordaje se torna tan complejo e irrealizable como son los mismos niños y sus familias.

Hasta donde se ha podido evidenciar, el niño diagnosticado con SDA(H) es un objeto que sólo se activa para manifestar síntomas que finalmente exigen la externalización de todas las explicaciones. Las respuestas a lo que el niño es se encuentran en diversos lugares: el especialista, la familia, la red de apoyo, y la sociedad misma.

Descritas ya las estrategias discursivas de esta segunda metáfora, es que podemos afirmar que la infancia, sometida a diagnóstico, es posicionada de modo pasivo frente a la influencia que el SDA(H), como fenómeno interno e invasor, tiene sobre el niño. Paralelamente, se adjudica la sintomatología a las condiciones familiares y sociales que, dadas sus carencias, no le han otorgado al niño las herramientas que hubiera tenido un niño ‘normal’. Ambos argumentos justifican la existencia del síndrome como un mal interno, posibilitado por las carencias ambientales, y anulan al niño como posible agente de su propio tratamiento y mejora.

La ausencia de posibles soluciones en los contextos de origen del niño justifica

la presencia de especialistas como “complemento”, cuyas acciones mediarán su tratamiento. El agente que proponen como posible mejora termina por ser, en consecuencia, el medicamento. Este, finalmente, ‘combatirá’ los síntomas del SDA(H). En este sentido, las construcciones del niño se mueven entre la actividad y la pasividad frente a sus condiciones de vida. Así, se otorga agencialidad a los síntomas, y en particular a las conductas hiperactivas o conflictivas; siendo agentes también las soluciones de los especialistas, respaldadas en conocimientos profesionales. Mientras tanto, la pasividad recae por completo en el niño, que resulta mero objeto frente a su sintomatología, sus condiciones socioeconómicas, y los cambios que los adultos generan en torno a él. Esta dinámica de abordaje, sin embargo, suele ser descrita a la luz de una problemática mayor, mencionada en la última estrategia: la vulnerabilidad y condiciones socioeconómicas del niño, que permiten justificar el abordaje, dado que el problema real siempre es más amplio, más complejo, y en último lugar, inabordable.

Conclusiones

Nuestra propuesta ha consistido en un segundo análisis de datos producidos para estudiar el abordaje del SDA(H), desde una perspectiva discursiva como orientación teórico-metodológica. Nuestros resultados dan cuenta, por un lado, de la relación entre profesionales, y por otro, de la posición que se le otorga al niño diagnosticado dentro del mundo adulto, es decir, la red profesional dedicada a dicho proceso.

La “maquinita que debería ser” establece la panorámica con la que los entrevistados describen la red de apoyo actualmente: como un ‘engranaje’ constituido por sujetos particulares con funciones específicas, separadas por límites disciplinares e institucionales. Estos límites son los que permiten la distinción clara de las atribuciones y responsabilidades de cada parte de la red de apoyo, así como la atribución de la falla a la “maquinita” como totalidad, sin responsabilizarse ni a los propios entrevistados, ni a algún agente en particular. La construcción de la red de apoyo como objeto discursivo en sí mismo

es un primer repertorio que posibilita que los profesionales externalicen el problema, y se desprendan de su responsabilidad en él.

Cabe destacar que la metáfora de la máquina como un ideal alude a la construcción del abordaje desde el “deber ser”, distinguiéndolo de lo que es hoy. En torno a los principios de tal construcción, es interesante reflexionar en torno a las distintas posiciones que toman sus responsables, y el lugar que tiene la subjetividad de cada actor en el ejercicio profesional del abordaje, además de preguntarnos sobre el rol que tienen las políticas públicas en tal proceso. Consideramos importante preguntarnos esto, ya que muchas veces la justificación para no estar cumpliendo con las funciones que se “deberían”, se sostiene en la comparación que hace cada uno entre lo que sucede y lo que *debería* hacerse en cada situación. Un ejemplo se puede apreciar en lo que refiere uno de los psicólogos entrevistados, en tanto apela a la importancia del flujo de información en la red de apoyo, para facilitar consultas más eficientes en la etapa de interconsulta. Las interrogantes surgen en cuanto a quiénes son los sujetos con atribuciones de dirimir el nivel y la cantidad de información necesaria para poder abordar un caso de SDA(H) ¿Son los documentos públicos? ¿Los criterios diagnósticos? ¿Existe espacio para la inclusión del juicio subjetivo y autónomo de cada profesional?

Cuestionamientos como éste han ayudado a indagar las concepciones de infancia y de SDA(H) que tiene cada uno de los actores. Por un lado está lo que las políticas públicas establecen, y que es un discurso en constante diálogo con las narraciones de cada actor, que desde su subjetividad facilitarán la (re)construcción discursiva de la problemática. Entonces, planteando la inquietud en torno a un espacio para la subjetividad del profesional, se puede pensar que esto puede ser propiciado por los mismos actores que construyen las dinámicas de abordaje. Probablemente sea indispensable un cambio a nivel de políticas públicas para movilizar acciones distintas a las actuales. Esta pregunta podría bien generar nuevos estudios en el abordaje de Necesidades Educativas Especiales, entendiendo que políticas públicas y posicionamientos discursivos no son procesos separados, ya

que ambos se construyen de manera dialéctica.

Por otro lado, la posición que se construye del niño, como “producto” de la acción de especialistas, lo remite a la recepción de medidas tomadas por los adultos, cuyas decisiones se validan por el conocimiento profesional que “poseen”. Dicho conocimiento es el que sirve como recurso para constituir el SDA(H) como objeto que se inserta irremediabilmente en el niño, sin que éste pueda hacer nada para evitarlo. Paralelamente, la construcción del niño como origen de problemas se basa en la descripción de sus conductas como algo conflictivo y disruptivo, haciéndose ‘molesto’ frente a los adultos que están a su cargo. En general, el niño es finalmente narrado como objeto abordable sólo por un conjunto de especialistas. Son ellos los únicos capaces de anular su conducta y contrarrestar los síntomas. Para ello, la pastilla se presenta como agente principal del tratamiento, que suple las herramientas de las que carecen el niño y quienes lo cuidan.

La visión del niño es, en conclusión, construida de modo que ninguno de los especialistas se hace cargo de los motivos que originan el SDA(H) (sea una disfunción orgánica intrínseca, sea la inabordable complejidad social), ni de las dinámicas institucionales que mantienen los fenómenos de sobredemanda y sobre diagnóstico. Esto, dado que la naturaleza del SDA(H) tampoco se presenta como tema de análisis: su existencia es naturalizada y lo que finalmente genera conflictos es la búsqueda de modos ‘óptimos’ de abordarla. Esta búsqueda se realiza en un contexto en el que la diversidad de estudiantes y las necesidades educativas son construidas como obstáculos para un abordaje ideal, en un sistema educativo y de salud que sostienen el discurso homogeneizante en torno a lo que se considera una infancia y una educación “normales”.

El análisis realizado da cuenta de un discurso coherente en torno al abordaje del SDA(H) como temática común, con elementos que permiten su descripción y presencia en escuelas e instituciones de salud pública. La falta de divergencias en torno a la naturaleza del síndrome da cuenta de que su problematización sólo recae en las instancias de abordaje, al

entrecruzarse las lecturas de distintos profesionales, e incluso de los apoderados y estudiantes.

La construcción del SDA(H), por lo tanto, se realiza principalmente desde el discurso neurológico, ya que se sostiene que ‘posee’ una naturaleza orgánica inmanente al estudiante. De acuerdo a este discurso, el déficit interno del niño es la explicación última de su bajo nivel de adaptación a un contexto que le pide un comportamiento estandarizado. Si bien se llevan a cabo algunas intervenciones de carácter Psicosocial, estas no se acompañan de una problematización del síndrome como un fenómeno social. Por el contrario, se sostiene su carácter individual, en un contexto donde la acción de los especialistas parece lejana e insuficiente. El abordaje psicosocial se construye como un complemento a la intervención médica, y el discurso neurológico aparece validado y priorizado en las construcciones de los síntomas.

La paradoja en la construcción del síndrome recae en que su naturaleza es atribuida a un desperfecto interno y orgánico, que requiere intervención medicamentosa en primer lugar, y acciones psicosociales como medida paliativa. Sin embargo, la red de apoyo desarrolla estas a la espera de la intervención del especialista médico: que ya no es la base del tratamiento, sino el objetivo que nunca es cumplido. Ambas visiones, neurológica y psicosocial, dan cuenta de los posicionamientos locales que se tienen frente al niño y al síndrome, sostenidos ambos en un discurso que se reconstruye en la teoría y en la práctica misma de abordaje. Este fenómeno abre una reflexión adicional, en torno a la construcción de la profesión psicológica en una red de apoyo multidisciplinaria. Ya que el rol de la psicología ha aparecido subordinado a la medicina y a la eficiencia de la intervención farmacológica, es importante cuestionar las posibilidades de construir una psicología que, aún en contextos ‘vulnerables’ y carentes de recursos materiales o profesionales, pueda trabajar desde los recursos de los niños derivados, y ser validada como una disciplina que efectivamente pueda dialogar con otras, más que obedecer a conocimientos que terminan por ocupar el lugar de un discurso hegemónico.

Finalmente, no se debe dejar fuera la posición dada a la visión sociocrítica, también detallada en nuestro marco teórico. Consideramos que, si bien no se lograron dilucidar mayores evidencias acerca de esta postura, su "ausencia" misma construye algo. Es decir, comprendiendo la conformación del fenómeno SDA(H) como objeto naturalizado e incuestionable, se han omitido ciertos cuestionamientos: dado que la construcción del síndrome se centra en los procedimientos de abordaje, y por lo tanto centra sus discusiones en lo neurológico y lo psicosocial. Al respecto se debe considerar que estas visiones se traducen en intervenciones específicas: por el contrario, la visión sociocrítica se erige en torno a la revisión teórica y no deriva en medidas concretas. Esto nos abre nuevas preguntas en torno al abordaje, dado que este parte de la premisa de que el SDA(H) es un objeto que sí existe, y que requiere la materialización de acciones. Por lo tanto, cualquier perspectiva que no derive en ellas, o que cuestione la existencia del síndrome, es omitida en su construcción. Cabe destacar que la ausencia de un cuestionamiento a la naturaleza del SDA(H) podría explicarse por los objetivos del estudio en que se produjeron los datos (López et al, 2012), los cuales apuntaron al abordaje del síndrome.

Por otro lado, nos preguntamos si el poco consenso en torno a la etiología podría estar incidiendo en la ausencia de una postura sociocrítica en torno a su abordaje. La "naturaleza" del síndrome está siendo siempre investigada, mas no cuestionada. Podríamos suponer que, de explorarse las posibles posiciones sociocríticas en torno al SDA(H), daría cuenta nuevamente de la relación entre los posicionamientos discursivos y prácticas de abordaje en torno al síndrome.

Dados estos resultados, entendemos que la construcción de la diversidad y los diagnósticos médicos dentro de la institución escolar presenta importantes desafíos para futuras investigaciones. En el caso del SDA(H), se abren inquietudes en torno al análisis discursivo de temáticas como la naturaleza misma del síndrome, construido por los usuarios del flujograma. O bien, la experiencia de diagnóstico y derivación por parte de los estudiantes y apoderados. De la misma manera se abren otras temáticas

posibles, por cuanto la experiencia de cada uno de los entrevistados de nuestro corpus textual es particular a su disciplina y experiencia subjetiva.

Las posibilidades serían mayores si adicionalmente se abre el espectro de posibles análisis de discurso: siendo interesante también el análisis conversacional que diera cuenta de la convivencia de distintas perspectivas y disciplinas avocadas al abordaje del SDA(H). O bien, un análisis crítico que diera cuenta de los discursos hegemónicos, y que ya hemos aventurado al apelar la dominancia del discurso neurológico, que el análisis ha permitido ver. Estos discursos se hacen interesantes ya que siguen operando en la construcción de la infancia, la salud y la educación en Chile.

El SDA(H), tal como otros diagnósticos, es un fenómeno que se construye en las prácticas de habla y abordaje, y como tal, ofrece un sinfín de posibilidades de acercamiento a las relaciones sociales sostenidas y promovidas en él. Dichas relaciones no sólo responden al síndrome mismo, sino al mundo social en el que está inserto, y por supuesto, a los sujetos implicados. Es una problemática que, por lo tanto, pretendemos seguir investigando.

Bibliografía

- Abarzúa, M. y González, M. (2007). Salud mental infanto-juvenil como problemática pública. *Revista de Psicología*, 6(2), pp.79-95.
- Aboitiz, F. y Carrasco, X. (2009). Déficit atencional e Hiperactividad: Fronteras y desafíos. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Barnes, C. (1998). Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión en las personas discapacitadas en la sociedad occidental. En L. Barton, *Discapacidad y Sociedad* (pp. 59-76). Madrid: Morata.
- Condemarín, M.; Gorostegui, M. y Milicic, N. (2008). Déficit Atencional: Estrategias para el diagnóstico y la intervención psicoeducativa. Santiago: Ariel Educación.
- Davies, B. y Harré, R. (2007). Posicionamiento: La producción discursiva de la identidad. *Athenea Digital*, 12, 242-259. Recuperado el 5 de Diciembre de 2012, desde

<http://psicologiasocial.uab.es/ahenea/index.php/atheneaDigital/article/view/f>

De la Barra, F.; Toledo, V. y Rodríguez, J. (2002). Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente. II: Factores de riesgo familiares y escolares. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(4), pp. 347-360.

Drake, R. (1998). Una crítica del papel de las organizaciones benéficas tradicionales. En L. BARTON, *Discapacidad y Sociedad* (pp.161-180). Madrid: Morata.

Fergusson, D.; Lynskey, M. y Horwood, L. (1997). Attentional difficulties in middle childhood and psychosocial outcomes in young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(6), pp. 633-644.

Garay, A.; Iñiguez, L. y Martínez, L. (2005). La perspectiva discursiva en psicología social. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, pp.105-130.

García, F. (1998) La propuesta biopsico-social del ciudadano sano. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 51(2), pp.269-278.

Gómez, E. y Haz, A. (2008). Intervención Familiar Preventiva en Programas Colaboradores del SENAME: La Perspectiva del Profesional. *Psykhé*, 17(2), pp. 53-65.

Herrera, G. (2005). Prevalencia del déficit atencional con hiperactividad en niños y niñas de 3 a 5 años de la ciudad de Chillán, Chile. *Theoria*, 14(2), pp.45-55.

Iñiguez, L. (2003). Análisis de discurso: Manual para ciencias sociales (1ª ed.). España: UOC.

Iñiguez, L. y Antaki, C. (1994). El análisis de discurso en psicología social. *Boletín de Psicología*, 44, pp.57-75.

Lagos, L.; Silva, C.; Rothhammer, P.; Carrasco, X.; Llop, E.; Aboitiz, F. y Rothhammer, F. (2011). Riesgo de déficit atencional/hiperactividad en escolares Aymará, Rapa-Nui y de Santiago de Chile. Posible contribución de polimorfismos genéticos del sistema dopaminérgico. *Revista Médica de Chile*, 139, pp. 600-605.

López-Ibor, J. y Valdéz, M. (2002). DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España: Elsevier Masson.

López, V.; Núñez, C.; Ceardi, A. y Améstica, J. (2012). Análisis de la presencia y abordaje del Trastorno de Déficit Atencional en escuelas básicas municipales en sectores de alta vulnerabilidad. Chile: Valparaíso.

Ministerio de Educación (2004). Nueva Perspectiva y Visión de la Educación Especial. Comisión de Expertos de Educación Especial. Recuperado el 22 de Julio de 2012, desde

http://www.mineduc.cl/usuarios/educacion_especial/File/DOCUMENTOS%20VARIOS%202008/InformeComisiOnExpertos.pdf

Ministerio de Educación, División de Educación General, Unidad de Educación Especial (2005). Política Nacional de Educación Especial. Nuestro Compromiso con la Diversidad. Mineduc: Serie Bicentenario. Recuperado el 30 de Junio de 2012, desde

http://www.rmm.cl/usuarios/equiposite/doc/200603021241280.politica_educ_especial.pdf

Ministerio de Educación (2009). Decreto con toma de razón Número 0170. Santiago: Ministerio de Educación.

Ministerio de Educación (2009). DÉFICIT ATENCIONAL: Guía para su comprensión y desarrollo de estrategias de apoyo, desde un enfoque inclusivo, en el nivel de Educación Básica. Recuperado el 1 de Abril de 2012, desde

http://www.mineduc.cl/index2.php?id_portal=20&id_seccion=2670&id_contenido=10413

Ministerio de Salud, Subsecretaría de salud pública, División de prevención y control de enfermedades, Departamento de salud mental (2007). Orientaciones Técnicas: Atención de Niños, Niña y Adolescentes con Trastornos Mentales, Usuarios del Servicio Nacional de Menores. Santiago: Serie Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud, Subsecretaría de salud pública, División de control y prevención de enfermedades, Departamento de salud mental (2008). Guía Clínica Atención Integral de Niñas/Niños y Adolescentes con Trastorno Hiperactivo/Trastorno de la Atención (THA). Santiago: Serie Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud (s/f). Prioridad Programática: Niñas, niños y adolescentes con trastorno hiperactivo / de la atención (THA). Recuperado el 19 de Marzo de 2012, desde

<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e6235bf06c7770e04001011f017ac5.pdf>

Miranda, A.; Jarque, S. y Soriano, M. (2000). Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales

acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Revista de Neurología*, 28 (2), pp.182-188.

Presentación-Herrero, M.; García, R.; Miranda, A.; Siegenthaler, R. y Jara, P. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Revista de Neurología*, 42 (3), pp. 137-143.

Potter, J. (2004) Discourse Analysis. En Hardy, M. y Bryman, A. (Eds) (2004). *Handbook of Data Analysis* (pp. 607-624). Londres: Sage.

Ridell, S. (1998). Teorizar sobre las necesidades educativas especiales en un clima político cambiante. En L. Barton, *Discapacidad y Sociedad* (pp.99-123). Madrid: Morata.

Riquelme, P. (2010) Demandas actuales a los profesionales de la Educación Especial en el contexto chileno. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 4(2), pp.177-198.

Sisto, V. (2003). Flexibilización Laboral de la Docencia Universitaria y la Gest(ac)ión de la Universidad sin Órganos: Un análisis desde la Subjetividad Laboral del Docente en Condiciones de Precariedad. Investigación financiada por CLACSO.

Sisto, V. (2012). Análisis de discurso y psicología: a veinte años de la revolución discursiva. *Revista de Psicología*, 21(1), pp.185-208.

Urzúa, A.; Domic, M.; Cerda, A.; Ramos, M. y Quiroz, J. (2009). Trastorno por Déficit de Atención en niños Escolarizados. *Revista Chilena de Pediatría*, 80 (4), pp.332-338.

Valdivia, M. (2010) Manual de psiquiatría infantil: guía clínica para pediatras y médicos generales. Santiago: Mediterráneo.

Wetherell, M. y Potter, J. (1996). El análisis de discurso y la identificación de los repertorios interpretativos. En Gordo López, A. y Linaza, J. (Comp.). *Psicologías, Discurso y Poder* (pp.63-78). Madrid: Editorial Visor.

ANEXO 1

ETAPA 2

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

NEURÓLOGO HOSPITAL 1

1. **A: Entrevistador**
2. **D: Entrevistado**
3. [La grabación se inicia luego de comenzada la entrevista]
4. D: ...Para que yo poder tener participación más relevante en la construcción de esto, porque, no... no todas las cosas nos gustan así tan gratis.
5. A: Doctor, entonces, partiendo un poco por cuál diría usted que es el nivel de proporción digamos, de niños diagnosticados con SDA acá en la comuna...
6. D: Bueno acá se diagnostica en forma bastante preponderante, está dentro de una de las curvas más altas de, de la... incidencia y frecuencia de consultas. Su alto número de consultas, que se hacen por, por este caso. Dentro de las 8 mil consultas, entre 7 y 8 mil consultas anuales que se hacen en este servicio...
7. A: Servicio de Neurología...
8. D: De Neuropsiquiatría Infantil; aproximadamente un 40% corresponden a este diagnóstico; junto con los Trastornos de Conducta. Va ligado a los Trastornos de Conducta, déjame confirmar el dato [...] no me calzaba, no... 15% de... 7 mil
9. A: ¿De las consultas por SDA?
10. D: Un 15% es un SDA...
11. A: ¿Y el otro porcentaje cercano a un 20%?
12. D: Un 20% son los Trastornos de Conducta, que son las de más alta prevalencia, se dice, de *más alta prevalencia*.
13. A: Perfecto, y desde su percepción, ¿ha aumentado esta frecuencia de diagnóstico con los años, digamos?
14. D: Yo creo que aumentó en la medida que se dio a conocer más este trastorno a través de cursos de capacitación, y publicaciones que se han hecho; de tal manera de que se ha llegado a una meseta en que no baja de esta cifra que nosotros hemos dicho, y que probablemente antes no se diagnosticaba más que nada por el conocimiento. Del conocimiento del cuadro en sí. Pero hasta hace por lo menos los últimos cuatro años, se ha mantenido la meseta bastante elevada: o sea, tiene una prevalencia bastante alta en todos los cuadros neuropsiquiátricos que vemos nosotros.

15. A: Perfecto. Y ¿cómo ocurre, primero la pesquisa, la sospecha y luego el diagnóstico de SDA?
16. D: Fundamentalmente son derivados desde los colegios, por insinuación o sospecha de sus profesores. Esto va con un flujograma que se tiene, directamente al consultorio de atención primaria, donde en muy pocos casos son analizados por psicólogos que, en número cada vez mayor se han ido dotando los consultorios, donde se analiza debiéndose dar el flujograma así, que se ve finalizado con un psicólogo para ver si realmente la propuesta que hace el colegio es acertada. El psicólogo generalmente da el consentimiento a que sea visto a un nivel secundario, con un especialista; pero un especialista en Neurología... Esto llega a nosotros con documentos que son mandados por el colegio, en algunos casos informes establecidos por la escuela o la municipalidad, ministerio; de la cual no hay una gran coordinación.
17. A: ¿Qué tipo de informe?
18. D: La mayoría son informes del, de rendimiento del niño, de la percepción que tiene el profesor de cómo el niño está en su clase. [Interrupción por entrada de tercero]... la percepción que tiene del niño en su clase, y del rendimiento que está teniendo el niño, que no es lo esperado; lo cual es correcto.
19. A: Rendimiento académico.
20. D: Rendimiento académico. Pero en la mayoría de los casos, yo diría e el 90% de los casos, se manda por inquietud motora o verbal.
21. A: Y esto, ¿bajo qué informes o documentos se constata esta inquietud motora o verbal? ¿ellos tienen algo como un protocolo estandarizado?
22. D: Lo que se manda generalmente son los test de Conners, o bien los protocolos que ellos tienen, escolares, donde se ven a través de cruces o de alternativas, digamos, cómo es el niño: se ponen todas las cualidades del niño en vertical y ahí se les van poniendo al lado las cruces que corresponden a 'mucho' 'poco' 'nada'. En algunos casos. Y en otro porcentaje de casos son enviados con una simple hoja donde dice que 'el niño muy inquieto y que no lo pueden tener tranquilo en clase', que se ruega atención para ese menor. Yo diría que la mayoría de las escuelas vienen así: sin mayores análisis del niño, cualitativo; no hay mayor análisis. Es enviado solamente diciendo que el niño "es inquieto" —esas son las frases que más se escriben— que "parece que no entendiera" "parece que no escuchara", o que "no cumple con las órdenes que se le indican" y frases hechas a antojo del profesor; salido del, digamos, de la mentalidad del profesor, de lo que él *cre*e que está pasando.
23. A: Doctor, y luego de que se realizan estas derivaciones y llegan a atención secundaria. ¿Quién es el encargado de determinar si efectivamente... la confirmación, digamos, del diagnóstico?
24. D: Bueno acá, nosotros, cuando llega un caso en que requiere atención, nos vemos bastante presionados por la cantidad de pacientes que debemos ver, que son 7 mil, 8 mil al año... tenemos que responder cuanto antes el caso, y tener una apreciación sólo en la

Entrevista Personal, para ver si es producto de una co-morbilidad. O sea, se basa en la Historia Clínica del paciente.

25. A: El diagnóstico se basa en la Historia Clínica.
26. D: En la Historia Clínica.
27. A: ¿No hay otras pruebas?
28. D: Sólo en los casos en que se muestren demasiadas discapacidades, se somete a estudios más complejos, neurológicos, psicológicos o psiquiátricos.
29. A: Estas discapacidades, a modo de ejemplo, ¿cuáles serían?
30. D: Por ejemplo, que un niño tenga inactividad muy grande, retraimiento, que manifieste su descontento por el colegio, por ser maltratado; que el niño mismo manifieste que a él no se le tome en cuenta, no se le considera y por lo tanto se aparta y no juega; en que un niño manifieste que se le manda para la casa antes de que termine la hora de clase; en que su madre tenga quejas muy grandes del colegio porque al niño se lo tratan mal, que le dicen que es un niño malo; o bien de que la profesora informe que el niño no escribe bien, que tiene dificultades, confusiones, etc. O bien que el niño tenga alguna discapacidad en su coordinación, motora... En este caso se hacen exámenes neurológicos, y se hacen, si acaso hay síntomas de distracción muy profunda... se pueden hacer EEG, y cuando hay alguna percepción de que el niño está con depresión o con alguna manifestación, ideación, etc. de suicidio o de tener algún odio o rabia muy grande, que sea [12.02]... nosotros lo mandamos a estudio con la psicóloga. Y la psicóloga le da test, le da, si procede o no, lo psiquiátrico: o sea, se trata de que lo psiquiátrico sea lo más filtrado posible; porque la hora de Psiquiatría es distinta a la hora de Neurología.
31. A: ¿Y cuál es la proporción entonces de los niños que están aquí y que en el fondo se deriva a estos diagnósticos más neurológicos, digamos, a estos exámenes más neurológicos?
32. D: ¿A más exámenes, más profundos? Yo diría que el 50%, de los niños que llegan, son a estos estudios más complejos. Quizás menos, ah, un 30, dejémoslo en un 30. Más o menos una tercera parte se lleva a alturas más complejas. El resto se hace sólo por la Historia Clínica. Y eso se hace en base a que la experiencia de aquí y de la experiencia de todos los consultorios de Chile, de esta especialidad, se ha comprobado que resulta. Que sólo la Historia Clínica pueda decir. Y que la Historia Clínica se basa mucho en los mismos, preguntas e interrogatorios que se hacen en el test de Conners, más cosas médicas.
33. A: De indicio, de los estándares, del criterio...
34. D: Claro. De mayor envergadura, o de mayor precisión médica digamos.
35. A: Y de esas consultas que vienen, digamos, por estas derivaciones del colegio. ¿Cuántos corresponden realmente a SDA? Y que son diagnosticados con SDA...
36. D: Bueno, diríamos que casi todos vienen diagnosticados como 'niños inquietos' que no se les puede tener en el colegio; ahora, de esos, yo diría que casi el 80% son SDA; sólo un 20% serían... o sea, de los niños derivados como tal, 80% corresponden. O sea, que habría

cierta concordancia. Lo que si, esta es una cifra que a veces está un poco sesgada porque nosotros no podemos entrar, porque el colegio no lo admite sencillamente; existe un criterio en que el niño molesta y en que el niño... y que no hay otra cosa. Que el niño tiene distracciones, que el niño se distrae, de que no participa en clases, y que tiene que ser SDA, y que en la mayoría de los casos, *hay que darle* algún medicamento: porque el síntoma cardinal o clave, es el SDA.

37. A: Y ese síntoma cardinal, digamos, que es esta tríada de hiperactividad, impulsividad y desatención, ¿cuál es la intervención que se realiza?
38. D: Acá, cuando el caso es simple, se le da el medicamento y se le pide un informe a la profesora mediante un documento, en el colegio; donde se le dice que va a ser tratado, que se fije para que nos informe si está dando resultados o no. De eso, los profesores responden en un porcentaje bajo, un 20% responde; el resto es todo por la información de la madre que nos dice que el niño cambió y que los profesores están muy contentos.
39. A: Es la madre un poco...
40. D: Es la madre la intermediaria que nos viene a decir que anduvo muy bien, y que el niño está bien... y tenemos que creerle.
41. A: Ya, y al final esos son los casos simples. Ahora, los casos...
42. D: De mayor complejidad, los que tienen más co-morbilidad... ¿Qué es lo que quieres preguntarme? ¿Cómo se qué?
43. A: Cuál es el tratamiento.
44. D: El tratamiento se tiene que hacer combinaciones de, eh, psicotrópicos o psicoestimulantes, como el metilfenidato, o las anfetaminas si el caso es muy especial. Y los medicamentos para la agresividad que anda siempre más o menos de la mano, o las agresiones, o las ansiedades en trastornos más ansiosos, en que se les da risperidona, como segundo fármaco; o se les da antidepresivos [16.54 nombres del fármacos]. Te pueden combinar con antidepresivos; fluoxetina sería uno que tú puedes usar en niños menores de 10 años, y... o bien, algunos ansiolíticos como el clonazepam. Todo lo manejamos más o menos con eso.
45. A: Entonces, de esos casos la gran mayoría son tratados farmacológicamente.
46. D: Claro, o sea la mayoría, diríamos que es usado el tratamiento farmacológico. Aquí se han implementado [17.39] una escuela para padres hechos por los psicólogos, que ha dado más o menos resultados; pero no hay mucha adherencia; vienen una vez y después ya no vuelven. Hay una falta de adherencia bastante grande. Pero hemos tratado de hacer esas escuelas para padres.
47. A: ¿Esas escuelas para padres son... una...?
48. D: Un grupo que trabaja con los psicólogos. [Un grupo] de padres.
49. A: Perfecto, entonces eso sería. Un porcentaje entonces, estaría tratado con medicamento, y otro se derivan a talleres digamos...

50. D: Como talleres para padres.
51. A: Ahora, volviendo un poco a eso, con el diagnóstico, usted me hablaba un poco de que la que hacía las comunicaciones, digamos, entre la escuela y ustedes como Salud, eran el mismo apoderado, del niño. ¿Hay otro coordinador, o alguna instancia que coordine estas relaciones que tienen ustedes con los establecimientos municipales?
52. D: En los colegios no hay un coordinador, no hay una profesora, no hay nadie que se interese siquiera en llamar por teléfono. Y en los países más adelantados se ha visto, que la llamada telefónica era una de las cosas más efectivas en las consultas psiquiátricas. [...] Cómo proceder. La llamada telefónica puede ser hecha por el médico del sector, que se llama de Atención Primaria; como puede ser hecha por una profesora. Nosotros tenemos el teléfono abierto para cualquier persona que quiera comunicarse acá, identificándose y diciendo el nombre del niño –no es que vamos a tener el nombre del niño- pero nos diga ‘es un niño que se mandó, con edad tanto, con tales características, y queremos saber qué podemos hacer ante esta situación’ o ‘este niño está siendo medicado, así que queremos saber si tenemos que hacer algo más, o queremos saber si realmente el niño está confirmado el diagnóstico’. No es nada malo. Interesa, en su mayoría, el que el niño esté tranquilo y que no moleste en casa. Ese es el fin último que se persigue: ahora, no me puedo meter mucho en el espíritu del profesorado, sacrificado, etc. Que también piense que con ello se le va a beneficiar en su aprendizaje. Pienso que sí, pienso que ellos están contentos de que con eso se beneficie en lograr aprendizajes: pero en la mayoría de los casos, les interesa mucho que el niño esté tranquilo, que no meta bulla.
53. A: Y usted mantiene. Es decir, esto a nivel establecimiento; pero por otra parte, a nivel de programas, digamos, que trabajan en los mismos establecimientos pero a nivel de Corporación. Digamos, que también están realizando...
54. D: Sí, el PIE por ejemplo se hace sólo para niños con discapacidad. No con SDA. No hay un programa en estos momentos, para niños con...
55. A: Pero ahora con la nueva normativa del Decreto 170, se incorpora el SDA como una NEE transitoria.
56. D: Ya. A nosotros no nos ha llegado ningún papel, no nos ha llegado ninguna información, no se ha publicado en el diario, no se ha venido a capacitarnos, no se ha venido a hacer nada.
57. A: Ya. Hay desconocimiento por parte desde ese decreto que empieza a funcionar en las escuelas.
58. D: Y ese decreto ¿cuándo se estableció?
59. A: Ese decreto debería estar empezando a funcionar este año; se empezó a decretar desde el 2009.
60. D: 2009... Lo han mencionado, pero nadie ha venido a analizarlo, ni se ha conversado, ni nada. Como todas las cosas que se hicieron del 2009 para adelante, quedaron en el aire.

61. A: Doctor. Y por otra parte... [interrupción por tercera persona] Entonces, un poco para ir cerrando: estas coordinaciones con el, digamos, con personas encargadas de los programas...
62. D: Si quieres nos cambiamos de lugar...
63. [A y D se trasladan]
64. A: Doctor, entonces estábamos hablando con, un poco las relaciones que se tienen con otros actores; en este caso con, desde el área de Educación, digamos, como organismos más centrales, y pareciera ser que tampoco se establecen comunicaciones con los otros programas, entonces... no se está sabiendo como el trabajo que se está realizando, digamos.
65. D: Sí. Da la idea de que todavía no se ha difundido mucho a nivel ministerial, o se trabaja digamos, desde lo que se pretende hacer con este...
66. A: Y ustedes como unidad, ¿han establecido eso a lo mejor como desafío desde... o no se ha planteado con esto de tener como estas relaciones con...?
67. D: En ese sentido nosotros hemos creído que lo que estamos haciendo ha sido suficiente para funcionar a nivel de esta zona. Y de hecho, ha funcionado. Ahora, si pretende alguien, hacer o establecer algo mejor, nosotros estamos dispuestos a conversarlo: pero la demanda que tenemos en esta zona, no es sólo SDA, sino que son múltiples. Y entre todos los desafíos que hay es saber dónde hospitalizar un niño con un Trastorno Mental; que no existe una zona, un lugar donde... jamás se ha acondicionado el Hospital 2, acá, que hay para adolescentes... no hay... lo único que se ha hecho, que se hizo así como en forma ejecutiva y rápida, en este último año, después de haber estado años y años conversando sobre Salud Mental... es un Consultorio de Salud Mental, que te aseguro que nos va a servir mucho, que se organizó ahí donde ustedes de la Universidad tenían un consultorio, al lado del Hospital 2. Eso va a ser ahora un Consultorio de Salud Mental. Ahora, que eso nos solucione todo, no. Se está, somos como decimos nosotros una Psiquiatría de Enlaces ante eso.
68. A: Perfecto. Doctor, esto cuando usted refiere el tema de que 'ha funcionado', en relación al tema específico del SDA, ¿ha funcionado en relación a los diagnósticos, en un tema de los tratamientos, o de la evaluación de ese tratamiento?
69. D: Ha funcionado en todo un poco. Porque creemos que los diagnósticos en su mayoría están correctos. Ahora, hasta el momento nadie ha establecido de que haya un instrumento tan eficaz, valorado, y acordado por los más grandes centros neuropsicológicos del mundo, de que existe algo que sea como para SDA que sea *preciso*. En realidad es un diagnóstico clínico, que lo tiene que hacer un especialista con experiencia, en el cual puede tener sus fundamentos, pero solamente por razones prácticas y razones de servicio y de tiempo de esto, nosotros no lo pasamos todo a confirmación a una psicóloga. No lo pasamos, yo lo expliqué al principio: que solamente a las cosas que nosotros bajo nuestra experiencia, bajo nuestro ojo que nos deriven de atención primaria; nosotros decimos que necesita de algo más. O sea, hacemos test, o pedimos test o cosas proyectivas, o análisis de inteligencia, etc. Sólo cuando sospechamos que existen estos factores; y esto se hace por simple entrevista. Ahora, lo podemos hacer

con sistemas cualitativos, pero no tenemos tiempo, no es nuestra función como médicos, neurólogos, estar haciendo análisis cualitativos de los casos.

70. A: Doctor, entonces, el tratamiento y el control sería el control medicamentoso...
71. D: Ahora, se usa el control medicamentoso en la medida de los casos -y se ve en los resultados- que son buenos po.
72. A: En la proporción de chicos que han sido diagnosticados, tratados con metilfenidato, ¿cuál sería la proporción?
73. D: Mira, la mayoría que son diagnósticos *correctos*, son cambios favorables. Dentro de estos cambios favorables, que son la mayoría, digamos, el 80%, se nota que hay algunos que son de alto porcentaje, que es espectacular; sino que les cambia la vida, los niños son otras cosas, que 'por qué no lo han hecho antes', qué por qué esto, que han tenido prejuicios... Se han tenido cambios espectaculares: ahora, hay indudablemente un trabajo que dicen, muestran en... el metilfenidato es la única solución cuando el SDA está diagnosticado, como tratamiento. Ahora que alguien me demuestre que a través de psicoterapia, y de trabajo... claro, tendrían que ser escuelas que el niño esté siempre inmerso en un ambiente de tolerancia, y de adaptabilidad; pero eso no existe. No sé si en otros países, creo que en Inglaterra hay escuelas que son especiales pa estos niños, y no usan tanto fármacos como el tratamiento conductual; cognitivo conductual, etc. Pero aquí en Chile no hay tiempo pa eso. Yo creo que no tenemos tiempo: somos un país con gente muy apurada, muy acelerada, incluyéndonos a los profesionales. Si no, díganme en qué centro se... conductual o de otro tipo, sea, digamos, sistémico, de tratamiento tipo. O sea, yo sospecho, sospecho nomás que andarían muy bien. Pero es indudable que un tratamiento combinado es lo que debe hacerse, si eso es lo correcto. Que podrá llegar a eso en algún momento. Por lo pronto estamos *en vías de*.
74. A: Su apreciación es que hay diferencias en el número de alumnos derivados por establecimientos. Me refiero que, hay escuelas que de repente tienen un mayor número... ustedes tienen un mayor número de derivaciones de determinado establecimiento.
75. D: No. En general las estadísticas dicen que es un 10%.
76. A: Un 10% desde las escuelas...
77. D: De la población escolar. De toda la población escolar, más o menos un 10% son portadores de este, de ese síndrome. Yo diría hasta 15%. Chile es muy alto, ah, llega a 15%. En relación con otros países. En Japón es bajísimo.
78. A: Y ¿qué cree usted doctor que pasará ahí? ¿por qué esa diferencia?
79. D: Que hay más introspección. Tal vez el oriental tiene otra mentalidad, otra manera de enfocarlo, los problemas de la vida.
80. A: Entonces, Doctor, la finalidad de la intervención sería un poco que el niño, estas conductas realmente manifiestas; controlar estas conductas manifiestas, digamos, a través del metilfenidato.

81. D: Primero que nada. Y después un aporte auxiliar con todo lo que pueda hacer el colegio. Hacer reforzamientos, mejorar la autoestima muy deteriorada de estos niños; pero eso lo puede hacer el colegio. Después vendrían esos casos en que aparecen muy dañados, por el tiempo que no se le ha tratado. Bueno realmente existe un deterioro, hay niños que están marcados: se llaman *estigmatizados*, en que se les manda pa su casa, porque no sirven; qué puede pensar un niño de que lo manden pa la casa porque no puede estar con sus compañeros.
82. A: Y eso, claro, ustedes como profesionales en el fondo, ya no, no responde a sus límites digamos.
83. D: Claro.
84. A: Y, usted me decía que las coordinaciones de las acciones de escuelas y, acá con sus centros de salud, no existía...
85. D: Es pobre, es pobre...
86. A: A nivel de consultorio también, me parece que el consultorio; no hay...
87. D: Sí, los consultorios sí, porque son niños que tienen que... pero después no los siguen...
88. A: Ya, es como que te mandaran acá y los controles siempre son acá...
89. D: Siempre se pegan acá... no lo adopta el consultorio porque el sistema está hecho así, el sistema de Salud. A pesar de todos los Decretos y las cosas que haya habido, todavía los consultorios no tienen un fármaco para el SDA. Y la preparación de un médico que tiene que ver 10 trastornos respiratorios, 15 trastornos digestivos en los niños; crecimiento, desarrollo, etc. Más encima ver y evaluar los SDA, dar recetas... lo veo bien difícil. Salvo que se adopte una manera con un sistema diferente a la atención primaria: que se le dé más importancia. Casi todos los gobiernos han tratado de hacer algo con la atención primaria, pero nadie ha hecho las cosas lo suficientemente bien implementadas. No, no están muy equipados.
90. A: ¿Cuáles dificultades considera hoy que existen a nivel de Salud en el abordaje del SDA?
91. D: La dificultades a nivel de Salud; no de Educación.
92. A: Bueno, si quiere referirse a Educación también.
93. D: Para el SDA la dificultades mayores sería no crear un sistema en que el paciente siga siendo atendido en un lugar donde, además de proporcionarle la receta, se le diga a través de una cartilla de evaluaciones, llenada por los lugares o establecimientos donde él se educa, y que en forma fácil un médico que ha recibido capacitación, o por lo menos que haya tenido alguna consultoría al respecto, logre llenarlo. Y eso no lo hemos logrado como Sistema. No lo podemos hacer. Y eso sería muy útil porque nos facilitaría mucho nuestro servicio; en medida que no tuviéramos que ver tanta... tanta gente; o sea, nos dejarían verlo un poquito más seleccionado; con mayor tranquilidad... ver los casos. Pero en realidad las dificultades mayores sería esa; y otro punto sería también que el paciente con SDA es un paciente que viene a buscar la receta en su mayoría, y que con eso se mantiene

todo el tiempo, porque es como una epilepsia, que con eso [el medicamento] no tiene crisis, no tiene problemas, y se mantiene bien.

94. A: Eso es como, la percepción que se tiene del SDA. Está como la epilepsia...
95. D: Bueno, y cuando me refiero a esa dificultad, eso se debe a la dificultad que tenemos también a poder controlar a todos los pacientes. No tenemos... no hay tiempo. Si nosotros tenemos entre 10 y 15 minutos para ver un paciente.
96. A: Entonces los controles son, más que nada, son, la receta.
97. D: La receta, y saber que está bien.
98. A: A partir de esa entrevista con el... apoderado del niño
99. D: Claro. La entrevista inicial, la entrevista con el niño, etc.... Influye mucho la observación que se hace del niño: el niño hiperactivo se ve inmediatamente en una consulta que es un niño que toma todo, que se sube a la camilla, que salta, que no está sentado. Entonces, ese es evidentemente un niño hiperactivo: pero hay otros que no son hiperactivos y que tienen SDA; entonces, ese cuesta más. Hay que entrar a hacerle más preguntas, a hacer más observaciones, a hacer más de trabajo con él. [...].
100. A: ¿Qué otra dificultad?... que usted me iba a nombrar...
101. D: Eh, que no tenemos posibilidades de hacerle test adecuados, porque no están todavía, eh evaluados... estandarizados, no están acreditados. Test tan específicos, nos dan algunos que nos lleguen a nosotros como para poder tenerlos: y que haya una persona, como un encargado de esto, en el Servicio de Salud, así como hay un encargado para la displasia, como hay un encargado de Salud Mental... que puede ser el mismo de Salud Mental, pero que sea un hombre capacitado que sea capaz de ir evaluando...
102. A: La validación del instrumento...
103. D: Claro, que vea que el instrumento que nosotros estamos haciendo esté siendo bien hecho... y sacando todas las conclusiones del instrumento. Y esa sería la verdadera forma. No es un inconveniente para nosotros, pero dentro de lo que yo vislumbro como Jefe de esta unidad...
104. A: Y ¿fortalezas?
105. D: Bueno, las fortalezas son que tenemos un equipo muy consolidado, muy bien afiatado: tenemos dos psicólogos excelentes, más dos... son como cuatro psicólogas que son, una del AUGE, otra psicóloga de Chile Crece Contigo... y en eso tenemos mucho apoyo. Tenemos una Unidad de Maltrato, porque muchos de estos niños son maltratados y denuncian los colegios; entonces tenemos una especie de Consejo o de Comisión de Maltrato Infantil con el cual nosotros analizamos los casos que son...
106. A: Ya, eso entonces sería fuera del SDA, como otras cosas asociadas...
107. D: Claro, son asociadas al SDA. Lo mismo que el SDA es un riesgo pa, para una familia.

108. A: Porque esa es la pregunta que siempre se hace, es decir, cuál es la proporción en que un SDA es puro; y parece que cuál es la otra proporción que está asociada con otros muchos... otras vulneraciones...
109. D: Exactamente. Exactamente
110. A: Ya, y ahí estarían como las fortalezas.
111. D: En esa tendríamos fortalezas porque tenemos gente que está con muchos deseos y muchas ganas de trabajar. Y la otra fortaleza sería que nosotros somos un centro prestigioso; porque no somos un centro cualquiera; donde se forman posgrados, casi magíster [A ríe]. Bueno tenemos bastantes becados en Psiquiatría y en Neurología, que nos ayudan. Ayudan en algunas entrevistas y cosas así. Y ellos a su vez van a hacer una especie de réplica de esto en otros hospitales, que todavía no se ve nada... El de Allá que no tiene nada... El de Acá que tiene un Neurólogo que va... Entonces, eso, sería lo ideal: la mayor fortaleza de que todos estos jóvenes que se están formando con nosotros salgan después y hagan en los distintos hospitales de la zona, nuevos equipos; capaciten nuevos equipos, se les den los elementos, se les den las... la gente que trabaje con ellos.
112. A: Perfecto, Doctor, y ¿cuáles son, para ya cerrar, cuáles son desafíos a futuro en relación al SDA? A abordar acá.
113. D: Eso que acabo de mencionar; que se forme nueva gente –porque estás hablando con una persona que tiene 45 años de profesión y que ya no debería de estar organizando- y que de aquí, que hay, respetando a los profesores, tengan esa mentalidad de formar a estos... que la tienen, el hecho de formar a estos jóvenes para que hagan réplicas en otros hospitales, y esos nuevos hospitales tengan gente que el Servicio de Salud dote de elementos para trabajar, y que la gente sienta que se le están solucionando sus problemas en el Servicio Público.
114. A: Doctor, ¿le gustaría aportar algo más?
115. D: No. Que ojalá esto pudiera tener un camino que pudiera ir a iluminar a mucha gente que trabaja en SDA y que las cosas las dejan muy en su escritorio, que quedan las cosas muy *ahí* nomás, y no se llevan a cabo cosas... el programa cuando es un cuadro tan recurrente, y de tanta incidencia en la Salud Mental, y no es abordado todavía en forma integral, a pesar de todos los servicios de Neuropsiquiatría, todavía no es abordado en forma integral, por todo lo que hemos conversado acá. Entonces, ojalá esto sirva para que se establezcan instrumentos, algunas normas, normativas, equipos de Salud mental, etc. Que puedan formar, gente que además atiendan gente a la cual se le dé mayor... un tratamiento más integral. Que se pueda llegar a un tratamiento más integral.
116. A: Perfecto, Doctor, terminamos.

ANEXO 2

ETAPA 2

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

PSICÓLOGO HOSPITAL 1

1. **E: Entrevistador**
P: Psicólogo
2. E: Bueno, más que nada agradecerte tu participación, eh, en este estudio, y preguntarte partiendo por cuál crees tú que es el nivel de presencia del SDA en la comuna.
3. P: En la comuna... a ver, a nivel de patología relacionadas con el área que vemos nosotros, digamos, el área de la Neuropsiquiatría Infantil, cierto, la cual nosotros abarcamos toda la población, no solamente de Ciudad 1, sino también la de Ciudad 2 y la de Ciudad 3; yo te diría que está en la primera morbilidad, la primera [00.48] de atención que tenemos nosotros. Si tú me preguntas una cifra, yo te diría que podría abarcar más del 50 o el 69% de nuestras atenciones, acá en el policlínico; no solamente nosotros como psicólogos, sino que también la de los neurólogos y la de los psiquiatras. Ahora, lógicamente la, la atención que cada uno de la depende de la co-morbilidad que tenga, o sea, el psiquiatra claramente no ve SDA solo digamos, sino que generalmente lo ve como con otras co-morbilidades, con trastorno de conducta severos, en general Oposicionista o Desafiante, al igual que nosotros. En general, los casos que sond solamente tienen un, un diagnóstico en SDA son tratados con el neurólogo; bueno y tenemos también las estadísticas que dicen que supuestamente el, alrededor del 90% de los pacientes con el diagnóstico del SDA simple, debiera mejorar con, con el medicamento. [1.52] En general lo medican los neurólogos. Pero en los otros casos que haya otras co-morbilidades o alguna disfunciones familiares también o que son, SDA más reactivos a situaciones, ahí lo vemos nosotros los psicólogos y los que somos más complejos los vemos nosotros los psicólogos y también los vemos como con el psiquiatra; pero, alto número[2.14] te lo puedo tener, esa información la puedo tener, no sé, en algún tiempo; tengo que dedicarme y pedirla, porque es complicado. Pero, pero sí, es alto, alto, yo diría que es la morbilidad más alta que hay acá, el SDA.
4. E: Ya... hacen relación al número total de atenciones que ustedes reciben en esta población como Infanto Juvenil. Y... esta como frecuencia, es decir, esto tan alto que tú dices, ¿ha aumentado o disminuido en los últimos años?
5. P: Eh, ha aumentado, pero la verdad es que nosotros en general revisamos harta bibliografía, y todavía, bueno hay todavía una vuelta de factoriales extraor... bueno la última vez revisamos el último estudio, que todavía no está publicado, que es un estudio de la XXXXX de Santiago, y decía que alrededor del 28% de los niños tenían trastorno psiquiátrico, lo que es muchísimo. Entonces, la verdad es que no sabemos si todavía hay factores, digamos, culturales o que estén influyendo; o también puede ser que esté mejorando de forma abrumadora el, la capacidad de diagnosticar o, digamos, que la demanda también, que se está haciendo, digamos, trastornos más, más complejos como pa'l manejo, y que por eso se externa... o sea que genere más reducción en las salas de clases, en las aulas, y que por eso también estemos con diagnósticos más altos. Pero sí,

hay aumento en nuestro sistema, entonces va aumentando cada vez más. Ahora nuestra idea es que pronto se trate, por lo menos los simples, se traten en atención primaria. Sería lo ideal... no sé si eso va a ocurrir un día, pero es lo ideal.

6. E: Ya, entonces... bueno, por una parte tú dices que esto ha aumentado, es decir, estarías hablando como coincidente con los estudios de XXXX cerca de un 28%...
7. P: O sea, un 28% de trastornos psiquiátricos; el SDA es el más alto dentro de ese 28%, pero hay otros tipos de trastornos también que han aumentado...
8. E: Entonces consideran que las muestras que están como multicausales [4.40] lo que incidiría en este aumento del diagnóstico del SDA
9. P: Sí.
10. E: Ya. Por una parte, eh, acá... Lo vemos acá, te da como un 50% más o menos de los trastornos que corresponden al SDA
11. P: Sí. Igual me gustaría poder darte una estadística así como, como acabada, porque yo creo que no, no la tenemos del todo. Así que... quizá te la puedo dar, digamos.
12. E: Y, ¿cómo, entonces, es que sería –si tú lo podías comentar- sospecha de diagnóstico?... ¿cómo derivan?
13. P: Mira, eso es súper... es un tema eso. Y de hecho, ahora hay elaborada una guía, con una guía para el diagnóstico del SDA y hoy en día hay que, estamos siendo mucho más, digamos, muchos más estrictos con la información que nosotros le pedimos a la atención primaria, porque en general nuestros pacientes vienen derivados de la atención primaria; y llegan a la atención primaria derivados de las escuelas. Entonces, qué es lo que suele suceder, que vienen con muy poca información: vienen con una observación en la interconsulta de SDA; o con una observación anexada del colegio, de SDA, que aparece en la interconsulta. Pero generalmente es poca la información: o sea, hoy en día somos partidarios de que a todos esos pacientes, antes se deben realizar ciertas actividades; o sea, se deben hacer ciertos exámenes y se les deben hacer también ciertas evaluaciones sociales antes de enviarlos ‘pa acá’ digamos. Y bueno, la idea no es que todos los pacientes que tengan SDA, o que tengan una sospecha de SDA lleguen hacia acá. Entonces, por eso estamos siendo mucho más estrictos en la cantidad de información que vamos a empezar a pedir a la atención primaria.
14. E: Ya. Las derivaciones vienen de la atención primaria, y de lo que decías que hay un número como alto en el fondo de, de sospecha de SDA que acá ¿se corrobora, efectivamente?
15. P: Sí, mira; se corrobora en general con el examen neurológico que, de rutina llega de los neurólogos, digamos; y también se les pide en general se envía el Conners al colegio, el Conners abreviado. Bueno, personalmente a mí, medio *off the record*, digamos, me parece que el Conners no es muy, no es muy decidor. Supuestamente: ahora, con la nueva guía clínica, digamos, no hay... [7.25] dice que los paciente deberían, se les deberían hacer el TOCA, el TOCA-R, eh, el problema es que nosotros no tenemos el TOCA-R.
16. E: Ya.

17. P: Y el TOCA—R está solamente, lo maneja el programa de HPV. El resto de la gente, digamos, no... o sea, igual es como medio paradójico, digamos; nosotros no tenemos... [...] y en general cuando nos mandan los pacientes tampoco, tampoco vienen con ese... porque a algunos se los hacen, digamos, y tienen ese dato, como pa', digamos, ya no la sospecha, porque supuestamente aplicando el TOCA-R ya *tendría* un perfil y un percentil de riesgo en diversa, en la condición de SDA. Pero nunca nos llega esa información tampoco.
18. E: O sea, ustedes no tienen información al respecto del TOCA-R, y la información que les llegaría, esta observación a partir de, digamos, del Conners, eh...
19. P: A veces incluso los pacientes llegan a una interconsulta sin el Conners; nosotros... llegan acá, y acá nosotros les tenemos que mandar el Conners al colegio. En general son observaciones de, del colegio, de la profesora, o de la mamá, o que el niño se portó mal en la consulta con el psicólogo, con el médico; y lo mandan pa acá...
20. E: Ya, y el médico sospechó y...
21. P: Y claro. Se sospecha, se confirma con, en general con el Conners y con el examen neurológico, y bueno, se diagnostica y se...
22. E: Y el examen neurológico ¿consiste en una entrevista clínica, básicamente?
23. P: Sí. Si, ahí ya no está el área del cómo se llama, de la hipercinesia, así que no está tan claro; o sea que el examen neurológico, depende también del neurólogo que lo haga. Cada uno tendrá su... o sea, el examen neurológico es uno, lleva una entrevista, pero me imagino que cada uno tendrá distinta, distinto, distintos filtros también y tendrá distintas, distintos métodos de preguntar y una consulta más acabada; otro uno tú crees que más agudo
24. E: Perfecto. Entonces de la atención primaria, parte acá con el neurólogo, digamos, quien avalúa y confirma, digamos, esta sospecha, y a partir de eso se deriva al psicólogo a intervención, o simplemente; porque tú me contabas que era una intervención a partir del metilfenidato...
25. P: Sí...
26. E: ... ¿Cuándo se derivan los casos al psicólogo? ¿Es esa proporción? [9.58]
27. P: ¿En general? No, no, no es toda la proporción. En general hay dos casos: uno es cuando hay una co-morbilidad importante que puede ser un Trastorno Ansioso, un Trastorno de Conducta; o en la mayoría de los casos cuando hay una disfunción familiar de fondo. Y se aplica lo mismo al psiquiatra, digamos. Al psiquiatra: entonces, generalmente como hay menos horas pa'l psiquiatra que horas pa' nosotros, a veces el filtraje somos nosotros los psicólogos, y nosotros lo enviamos al psiquiátrico; entonces, eso, esa es otra forma. Pero ahora —ahora, como te digo- la idea es que acá, digamos, en la atención secundaria y terciaria, llegue solamente como lo más específico, y que todo se trate en la atención primaria, tanto con psicólogo como con, como, digamos, con médicos. La idea es que se trate en la atención primaria y que acá llegue lo más complejo. En todo caso, eso, es el plan que está haciendo el Doctor XXXXX. El Doctor [11.03] es como el que lleva la cabeza

en ese plan de, de tener una intercomunicación mucho más rica con la atención primaria, incluso; incluso con la idea de poder tener comunicación telefónica y poder, 'oye hay un tema de pacientes, no sé si mandarlo o no mandarlo'

28. E: Pa' que ellos puedan ser como más autónomos; es decir, que ellos dispongan también del metilfenidato...
29. P: Sí. Si, no, la idea es que la [...] disponga el metilfenidato, ¿ya?
30. E: Pero en este caso, toda, se está haciendo por el Hospital 1, en el fondo. Eso no ocurre actualmente.
31. P: No po, hoydía, todavía no ocurre, no.
32. E: Y, y bueno, te has enterado de esto de incorporar el SDA como NEE de carácter transitorio... ya, eso, bueno todavía no, no comienza, digamos, va a comenzar en unos meses, pero: ¿tú crees que va a afectar, en el fondo, va a tener algún impacto en el diagnóstico? Me refiero, más que en el diagnóstico, me refiero en el aumento nuevamente de sospecha de SDA...
33. P: Es súper probable. Es súper probable, porque en el fondo todo lo que... mira, todo lo que implique una mayor cantidad de recursos, va a generar una mayor cantidad de sospecha. En el fondo es como lo que, lo como real: la atención primaria es bien sabido que cuando, cuando se trabajaba con programas de depresión... había un sobre-diagnóstico de pacientes con depresión, para obtener los recursos digamos, asignados al diagnóstico; entonces yo creo que va a ser lo mismo, digamos, ah; mientras más pacientes, o sea, mientras más alumnos puedan tener los colegios con el diagnóstico, más recursos pueden obtener a propósito de eso, y probablemente va a ser mayor el número de, de sospechas que van a generar y que nos van a enviar. Ahora, bueno, eso como te digo: si lo ve la atención primaria, así pa ese entonces, cuando ya esté empezando a funcionar como NEE, yo creo que ojalá que la atención primaria esté preparada también para eso, y efectivamente para derivar hacia casi el Hospital, o hacia el Hospital 2, la Unidad Infanto-Juvenil que hay allá, en los casos más específicos. Yo creo que es como lo ideal. Casos más complejos.
34. E: Y en relación a esto que tú acabas de... eh, qué podrías decir tú respecto a, es decir, respecto a las escuelas, si hay una diferencia entre la proporción de... ¿hay escuelas que tienen, digamos, mayor número de diagnósticos de SDA que otras? O es como...
35. P: Mira, la verdad es que no lo sé. No lo sé: yo en términos generales he recibido de todas las escuelas, niños con SDA; o sea, es como una cuestión bien transversal. Ahora, puede ser que algunas sí tengan más casos diagnosticados, pero que también está la intervención del PIE, y la intervención del PIE es súper necesaria, y no está en todas las escuelas; entonces puede ser que donde está la intervención del PIE haya una mayor cantidad de casos, porque ellos tienen una mayor capacidad de atención también po; tienen los profesionales adecuados y todo. Ahora, habría que comparar si las escuelas en las que no está el PIE también tienen como, hay, digamos, un mismo nivel, un mismo número de casos detectados... pero, esa información no sabría decírtela realmente...

36. E: Ya. Tomando un poco lo que tú dices respecto a, eh, el TOCA-R como instrumento digamos, de sospecha, y de detección. Acá no tienen programa HPV, y parece que dentro de la población como de primer a tercero básico se aplicaría el TOCA-R y se sabría como de quiénes tienen realmente índices hipercríticos...
37. P: Y de otras cosas también...
38. E: Claro. Esa información, ¿a ustedes les llega?
39. P: No.
40. E: Ya. Y es porque ahí como los canales de comunicación, como del programa, o de... o sea, son como las instancias...
41. P: Pa' serte franco, yo personalmente tengo un súper buen vínculo con el HPV. Y es un vínculo que acá en el Hospital se ha mantenido, y el mismo vínculo que yo tengo personalmente con el PIE. Ahora, si tú me preguntas seriamente, yo, a mi no me, generalmente la interconsultas que vienen o llegan aquí, hay un 99% sin ninguna información anexa... a lo que pone el médico de la interconsulta. En general es pobre la información, o sea, yo nunca hasta el día de hoy he recibido un informe con un TOCA-R; escasamente algunos con algún informe escolar anexo a la interconsulta... y por otro lado, yo no sé si el caso de los, de los médicos, si los recibirán, por lo menos en mi caso no, muy raro. Muy raro que llegue algún paciente con, que tenga alguna información anexa a la interconsulta misma.
42. E: Ya, como que con suerte el Conners.
43. P: Con suerte, sí.
44. E: Ya, y, ¿cuál serían entonces las intervenciones que se harían, acá en atención secundaria?
45. P: ¿Acá en atención secundaria? ¿Con, en general, o especialmente *nosotros*?
46. E: Ustedes, los que respectan al SDA.
47. P: Ya. Ehm, bueno en general, bueno, es, digamos, hay que pensar que con co-morbilidades es cuando nosotros recibimos los casos; entonces, lo primero que hacemos es bueno, tener una entrevista familiar, ver digamos las dinámicas familiares, ver cómo funciona la familia; y ver si alguno de esos factores digamos, familiares dentro de las dinámicas, afecta de alguna forma el nivel de atención del niño. En segundo lugar, tratamos de tener una intercomunicación con los colegios; porque como en el fondo como nosotros no recibimos del comienzo esta información que es súper valiosa para nosotros, que es la conducta dentro de la sala de clases, no tenemos un reflejo real de cómo es el niño. Porque muchas veces nos pasa que los niños acá en la consulta se ven súper, súper bien digamos. Y después, digamos, cuando ya tenemos un mayor co-relato bueno, va a depender mucho de cuáles son las co-morbilidades, porque recibimos mucho, y mucha variedad; o sea, puede ser un niño desde un Trastorno Ansioso, un Trastorno de Ansiedad Generalizado, un Trastorno Depresivo, anexo al SDA; lo más general es el Trastorno de Conducta, Oposicionista o Desafiante, y todo un poco, la intervención y el tratamiento varía un poco dependiendo de eso, dependiendo del nivel de disfunción familiar, porque

muchas veces nos sorprendemos porque es muy profundo, digamos. Eh, en todo caso tratamos en el fondo tratamos de fomentar al máximo la autonomía de los pacientes y que logren tener una, una autonomía armónica, y que sus conductas no sean más destructivas, que sean adaptadas a un contexto escolar y social cotidiano y adecuado. Y eso, en general [ríe].

48. E: A ver, y esas intervenciones son de carácter individual, social....
49. P: En general tenemos dos tipos de intervenciones en ese sentido: individual, que es la que seguimos con los casos más complejos, y también con los casos que son más simples y que carecen de co-morbilidad [...] Tenemos diseñados unos talleres para el SDA, pero para los padres; que en el fondo son talleres de manejo conductual; talleres psicoeducativos finalmente, para que los padres sean capaces de manejar las conductas del niño, y entiendan que muchas de las conductas no son conductas intencionadas, sino que son conductas propias del SDA, ¿cierto? Y conductas que de repente no se deben castigar, o no se deben... que sí puede ser suprimida, pero no a través del castigo ni del refuerzo negativo, que sería lo más, lo más negativo para ellos, ¿cierto?... eh, y eso; tenemos un taller también para los niños que tienen co-morbilidades del Trastorno de Conducta, eh, y eso no te las va decir SDA y T. de Conducta...
50. E: Esos talleres, ¿con para niños? Los del...
51. P: No, no. Son para padres.
52. E: Las intervenciones con niños son...
53. P: Individuales. Individuales.
54. E: Y ¿cuál es la periodicidad de las intervenciones? En este caso, los talleres.
55. P: Los talleres, en general son de dos sesiones, y son semanales; o sea, son dos sesiones que duran una hora a la semana en el fondo, obviamente lo ideal es que fueran más largos, pero tenemos problemas cuando lo hemos hecho al principio: tratamos de mandarlos y teníamos problemas serios de adherencia. Eh, y eso era como complicado, por qué, porque los papás al saber que era largo, a la primera venían diez, a la segunda cinco, a la tercera venían diez, y a la cuarta venían cinco de nuevo; entonces, obviamente se volvía poco significativo el aprendizaje de ellos. Entonces, preferimos condensarlo en dos sesiones y hacerlo súper intensivo; y ahí también nos han salido casos que han salido, que hemos visto en el manejo de los papás, y hemos tenido que hacer intervenciones individuales porque nos hemos dado cuenta que son casos más complejos; que se han desprendido de los talleres. Por ahí un poco va la cosa.
56. E: Entonces son dos sesiones y ese taller se hace...
57. P: No, con periodicidad mensual.
58. E: Es decir, todos los meses, dos sesiones.
59. P: Claro. O sea, pero todos, [ríe] todos los meses, todos los talleres, se hacen por lo menos. Pero te voy a decir; tenemos uno, del Trastorno de Conducta, de SDA y otro con papás de niños con Trastorno Generalizado del Desarrollo, que es otro tema. Entonces,

esos son los tres talleres para padres que tenemos: y en general llegan bastantes, y tenemos bastante buen impacto con el aspecto de los talleres; cuando yo llevo el material gráfico digamos, les hago algunas guías pa que apliquen en la casa; les damos algunos ejercicios a los papás, y en general funcionan bastante bien.

60. E: Ya. Y se preocupan los papás de los ingresos?, o parte bien ya están definidos...
61. P: No, lo que pasa es que, el sistema es: que los médicos, los neurólogos cuando, y los psiquiatras, qué se yo, cuando ven que hay una dificultad en el manejo, los mandan a inscribirse, en general. Pero nosotros también incluimos en general, a papás de nuestros niños que tenemos en intervención; entonces puede ser que los manden los neurólogos y que lleven mucho tiempo, como que lleven poco tiempo; o sea, depende de cuándo ellos asumen que está el problema. Quizá antes no se han dado cuenta, o no lo han visto como un problema de manejo, y sólo como un problema del niño: entonces, cuando se ven problemas de manejo, lo derivan obviamente al taller, y en el mismo taller los papás ya están cursando el taller.
62. E: ¿Y la periodicidad de las intervenciones individuales?
63. P: Eso es más complejo. Eso es otro tema. Es que nosotros tenemos un déficit de horas; tenemos, lamentablemente, tenemos que cumplir con rendimientos muy altos; y qué implica esos rendimientos, implica tener una agenda muy apretada, entonces, muchas veces la periodicidad son cada tres semanas. O sea, en un contexto ideal, cada quince días; y en los casos así, de altísima complejidad y que creemos que requieren intervención súper alta, lo hacemos, pero son contados con los dedos de una mano; muy pocos los que podemos ver una vez a la semana, como sería lo ideal.
64. E: Es cada quince días, cada tres semanas, y con cuánto...
65. P: No, eso sí, se han respetado los 45 minutos de una sesión promedio. Sí. 45 minutos.
66. E: Y ¿cuál es el objetivo que tendrían esas intervenciones, con esa periodicidad?
67. P: ¿Las individuales? Pero cuál, con qué periodicidad [ríe]
68. E: La de cada tres semanas, cuál es el objetivo que se plantea [ríe]
69. P: Chuta, es súper complicado. Es un tema que nos hemos complica arto, porque tú te das cuenta que una intervención individual a veces tiene poco impacto por el, por la brecha de tiempo. Entonces, entonces se vuelve un tema como bien complicado: entonces tenemos que centrarnos mucho en lo que es la psico-educación del niño; generar también muchas intervenciones -a pesar de que no es mucho, no es mi área de mayor manejo- pero en estos casos sí ha sido súper práctico hacer intervenciones cognitivo-conductuales, con mucho tratamiento, dejar mucho el tratamiento en la casa; con el fin en el fondo de modelar un poco las conductas hasta que no sean productivas, y hasta que sean adecuadas al contexto escolar, sobretodo, porque si tú te das cuenta en la casa no son tan complejos; pero si es en el colegio, donde hay más niños y se distraen y todo, la idea es adecuarles lo más posible a ese contexto.
70. E: Y esa intercomunicación que tú decías que se tenía como, con los colegios...

71. P: Con los colegios generalmente son a través de cartas, informes. Muy escasamente a través de teléfono o mail cuando los casos son más complejos; pero en general, a través de cartas y de notas. De informes.
72. E: ¿Y cuál es tu percepción acerca de esta comunicación?
73. P: Lo que pasa, digamos, es que tengo una doble percepción. Pienso por un lado que es pobre, pero por otro lado es tan alto el número de casos diagnosticados con SDA, que si nos pudiéramos comunicar telefónicamente o vía mail, con todos, o sea, no tendríamos para dar abasto, casi como central telefónica más que como otra cosa. Entonces es súper complejo. Súper, súper súper complejo. O sea, nosotros hoy en día ya tenemos que tener, nos tuvimos que, digamos, asignar una hora para hacer informes, porque es súper complicado. Complicado el tiempo; el tiempo es lo que nos juega en contra.
74. E: Y ¿quiénes serían los que participan de este, como abordaje del SDA? La figura del neurólogo; no así con...
75. P: Eh, sí, en general la figura del neurólogo como principal actor; eh, el psiquiatra en algunos otros casos, también como un actor súper importante; nosotros como psicólogos, pero como apoyo, porque claramente nosotros somos un apoyo médico, un apoyo al trabajo médico; eh, y, y eso. Y el colegio, claramente, cumpliendo las direcciones que se les pueden dar desde el tema, desde acá, digamos. Y eso, no sé quién más interviene... no, nadie más po, generalmente, eso es.
76. E: Ya. Y por otra parte tú me decías que estaba acá y el Hospital 2 los que se están haciendo cargo de abordar el SDA en la comuna.
77. P: Sí. Lo que pasa es que en el Hospital 2, en la Unidad Infanto Juvenil, se está haciendo un plan de abordaje, de abordaje comunal y abordaje del Servicio de Salud, del tema; ahí se están emanando guías clínicas; ya hay una guía clínica del MINSAL, pero sí se están haciendo capacitaciones a la PS, para lo que es el diagnóstico de SDA y el tratamiento también; el tratamiento. Así que, yo pedí algo, algo de apoyo tiene que salir de ahí; igual yo creo que en la atención primaria también no hay tantos recursos como para tratar a todos los niños, pero ojalá que, que se logren estos...
78. E: Ya. Por otra parte tú me hablabas de que la relación con los programas que participan en la Corporación, en Educación, y que tienen relación con la detección de SDA, eh, tú me decías que era buena, pero así como por algo personal. No hay nada como sistemático que... que establezca como ese tipo de relaciones.
79. P: No. No.
80. E: Ya, y por otra parte, ¿tampoco hay coordinaciones con los psicólogos que están trabajando desde la ley SEP en los colegios?
81. P: Con algunos, sí, con algunos, pero por motivación de los psicólogos. O sea, hay psicólogos que se han acercado a conversar, que se han acercado hacia acá al Hospital 1; incluso hay algunos psicólogos que han acompañado a algunos de los chicos cuando han tenido controles; pero sólo algunos. Tampoco no hay nada oficial. Y como te decía yo, tengo súper buena relación con el HPV, y tengo súper buena relación con el, con el PIE,

pero porque tenemos una connotación cruzada también, y porque, bueno; pero, pero si tú me preguntas *oficialmente*...

82. E: Como alguien que coordina estas relaciones...
83. P: No. O sea, a mi siempre que me piden algo, lo hago por buena voluntad, pero no hay, no hay como un intermediario directo entre, o un intermediario oficial. A pesar de que yo, por ejemplo si me llaman del PIE y me pide 'tenemos este índice, vamos a saber cuál es su trastorno patológico'... independiente de que no sea mi paciente, y yo no lo conozca, yo en general voy, veo la ficha, la busco y le mando la información por correo, o le mando la información o lo llamo y le doy la información por teléfono. También a veces incluso le he pedido a los médicos que le hagan un certificado, y que lo firmen, digamos, pa' poder entregárselo a ellos, digamos, pa' que tengan esa información; pero, pero, pero es como un acto de buena voluntad más que algo del programa...
84. E: Ya. Y la coordinación, entre lo que serían las escuelas... bueno, las escuelas derivan hacia el consultorio, y del consultorio se deriva acá para confirmar el diagnóstico... ¿Tampoco hay como coordinación, o eso ya lo desconoces?
85. P: No, desconozco absolutamente... desconozco casi absolutamente cuál es la coordinación que existe entre la PS y las escuelas, digamos. No... me imagino que...
86. E: Es decir, toda la intervención en el fondo está localizada acá; es decir, este es como el último eslabón de la intervención, donde todo se focaliza. No es que de acá se hagan derivaciones a la atención primaria para tratar estos pasos...
87. P: O sea, o sea, ahora en el fondo lo que nos estamos planteando, y lo que es el proyecto del Doctor XXXXX y lo que están viendo *allá* es de tratar de generar la máxima cantidad de contra-referencias a la PS, o sea, a los consultorios, para el tratamiento ya de los niños, de niños que de repente uno recibe acá, y efectivamente tienen SDA, pero son casos relativamente súper abordables, que no son tan complejos y que podían abordarse de todas maneras en la atención primaria. De todas maneras. Hay otros sí, que son más complejos y, está bien que vengan para acá porque acá tenemos a la mano el neurólogo, en caso de emergencia; no sé, una crisis, una agitación, no sé. Esos casos son más complejos, y bueno, ningún problema con que estén acá; pero hay casos simples que generalmente uno dice 'chuta, y por qué viene este niño' y muchas veces además la información no acompaña que digamos la interconsulta, que no te acompaña mucho a lo que uno tiene que hacer, entonces parece que ahora sería, la política, sería que todos los casos que falta información, simplemente devolverlos a la interconsulta [silencio]. O sea, devolverlos a la interconsulta, sin siquiera ver al niño y decirle 'si usted quiere que nosotros veamos al niño, necesitamos mayor información'. Necesitamos mayor información.
88. E: En relación, a ver, volviendo a esta proporción de que hay hartos que vienen por interconsulta; pero tú manejas, es decir, hay algunos que vienen porque se detectó esto en TOCA-R aplicado por el HPV, o se detectó esto desde el PIE. Eso no... también hay, esos casos digamos.
89. P: Si, si, también llegan para acá; y de hecho hay...

90. E: ¿Y eso es mucho menor que el que se hace por interconsulta?
91. P: Hm, menor a lo que se hace por interconsulta, sí, definitivamente.
92. E: Es decir, ahí es como que a través de estos programas existiría una derivación menor donde es mucho más exhaustivo notar ese filtro.
93. P: Es que sabes lo que pasa, es que ese es un problema porque no, no existe, y yo creo que nun... no sé, porque eso ya a nivel ministerial... no existe un programa especializado: por ejemplo, el HPV, no existe la posibilidad de que ese programa haga una derivación directa a nosotros; entonces ese es un problema porque el HPV lo que tiene que hacer es agarrar a su paciente, mandarlo a la atención primaria, y la atención primaria mandarlo pa *acá*. Entonces, ¿qué pasa en todo ese recorrido? No sabemos; no sabemos qué información se pierde, qué información se llevan los papás, qué información les llega; a veces los pacientes *son* del programa, nosotros no sabemos, entonces a veces... no sé, hay otros pacientes que tienen intervenciones psicológicas, por ejemplo, y que vienen para acá y esa información no está, que el paciente ya tiene atención psicológica, y el neurólogo también me lo manda a mí, y un colega me manda un mail diciéndome 'oye, yo también lo estaba atendiendo'... Entonces, falta mucha información.
94. E: Ya, esa información es la que no está como...
95. P: Sí, falta mucha información y la verdad es que sería, por ejemplo, en el caso específico de HPV, sería fantástico que pudiera haber una derivación directa. Ahora, no sé si eso se va a poder hacer o no algún día.
96. E: Sí, porque pareciera ser que esta como dificultad en la comunicación, también parte porque claramente, es decir, el, a través de la aplicación del TOCA-R es muy distinta la aplicación del Connors, y que se eleva bastante en el nivel de sospecha; y muchas veces, claro, se aplica desde primero a tercero básico este TOCA-R, se hace un filtro que es mucho menor; pero hay otras demandas de la escuela que sigue insistiendo que 'no, que hay más niños diagnosticados' al parecer. Entonces ahí existirían como que, ya, se aplica este programa, pero hay otros que por otra parte también están derivando y derivando, entonces, no hay un consenso, no hay algo como...
97. P: No, no hay una coordinación en relación a qué niños se va a mandar, o sea, ponte tú podí hacer que el niño *fuera* partícipe de HPV... ahora, no tengo tan claro, para eso tendrías que hablar con la coordinadora del HPV... pero de repente hay un paciente que está en el HPV e independiente de eso el colegio igual, o va a la PS digamos, porque está resfriado y la mamá le dice 'doctor, sabe que no soporto a este niño, se porta súper mal, no pone atención nunca, que se saca súper mala nota' y el doctor igual lo manda pa acá. Súper, eso... eso es súper descoordinado; y eso es una cuestión que ojalá se pueda corregir, porque si tú... hay un error en el sistema, el error es la dificultad en la coordinación con la red. Súper descoordinado, todo lo que es con la red.
98. E: Y criterios homogéneos, porque al parecer están como...
99. P: No, no hay criterios homogéneos. Y además... y ese es otro tema, que además los médicos son súper quisquillosos en general, en relación a quién hace el diagnóstico: en la nueva Guía Clínica que aparece ahora, aparece que los que efectivamente, los psicólogos

podemos hacer el diagnóstico; pero para visión de los médicos el SDA es un diagnóstico *médico*, por lo tanto lo tiene que hacer un médico. Entonces, si tú te das cuenta, si llega un, un informe acá que dice “Déficit Atencional” y firmado por un psicólogo, por la profesora, qué se yo, el médico se le ponen los pelos de punta, dice ‘pero por qué una profesora o un psicólogo está diagnosticando SDA, si eso lo diagnosticamos nosotros’...

100. E: Ya, están estos temas. Ya cerrando, ¿cuál dirías tú que son las dificultades? Si tuvieras que, para pensar las dificultades que actualmente se presentan en lo que tiene relación con las intervenciones en SDA.

101. P: Hmm, bueno, hay varias dificultades. Bueno, lógicamente, como te decía, la coordinación con las redes es un tema importante. Lo otro, el otro tema, digamos, es la poca promoción y prevención que hay con estos temas: o sea, los papás en general no saben *nada*, y también digamos, eso que hay, los síntomas asociados un poco, o comorbilidades, cierto, porque de repente nos pasa que hay un niño que tiene el SDA e incluso a veces niñas que tienen SDA sin hiperactividad, y que son desatentas, y los papás, las presionan, las presionan y las niñas les sigue yendo mal en el colegio porque siguen viendo la mosquita; y las presionan pa’ que les vaya bien y las niñas terminan desarrollando un Trastorno Depresivo. Entonces, en verdad que no hay promoción; no existe promoción. Y nosotros, lamentablemente, como, como atención terciaria y secundaria no nos corresponde hacer prevención, no está dentro de nuestras labores. A pesar de que nosotros hacemos nuestros talleres, pero nuestros talleres también son de *intervención* o sea, no de prevención; pero son abiertos pa’ la comunidad. Ese es un tema. Y el otro tema que, creo que una dificultad que siempre he creído: los niños, en general –y esto ya es como más, más de mi perspectiva general, digamos- los niños pasan más solos... Más solos, tienen muy poco apoyo los niños; familiar; y los papás hoy en día desligan demasiado, demasiado en los colegios o en los sistemas de salud en relación a sus niños. O sea, a mi me pasa de repente que los papás dejan a los niños casi como ‘yapo, vélo’ y no tiene apoyo muchas veces, familias monoparentales, donde los niños tienen que quedar bajo el cuidado de una abuela o de un familiar, o de una prima, y no tiene apoyo digamos como para poder corregir o modular algunas cosas... y eso me parece, me parece importante. Y además, además [ríe] a veces uno piensa que el SDA también es una defensa, una defensa para eludirse, de ciertas realidades; y, me parece que acá por lo menos se representa hartito eso.

102. E: Y un poco, eh, hablando en eso, en el sentido de que tú dices esta falta de apoyo que tiene el niño; y claramente como que rescatando al niño de lo que es la visibilización propia del SDA, donde claramente hay un abordaje más, más farmacológico del tema, y donde claramente lo farmacológico no sé si se obviaría esta relación con...

103. P: Mira, lo, en general es que los estudios son súper decisivos. Bueno, en general, todos dicen que, con que hay un impacto súper positivo de, del medicamento. En general, hay unos que dicen 70, otros que dicen 90%... ahora, lo que sí es indiscutible es que los últimos estudios, todos señalan que el tratamiento farmacológico, más psicoterapia, sin importar la orientación de la psicoterapia, tiene un efecto sobre el efecto del medicamento *solo*. Entonces, esto para nosotros igual es un desafío: pero si tú me preguntai todos los pacientes que tienen SDA, no tendría como atenderlos; tendría que verlos dos veces al año, no sé, algo así. Entonces, realmente yo estoy convencido de que la clave es una complementación sana entre la farmacoterapia y la psicoterapia, generando

mucho vínculo con los niños, ¿cierto? También creo que hay una cuestión súper importante en que los niños hoy en día son muy poco resilientes, porque no tienen los factores de resiliencia necesarios como para hacerlo po'. Entonces, a veces, a veces uno se establece simplemente como un factor, o como una figura relativamente incondicional, y los niños ya solamente con eso mejoran: por eso te digo que, que la psicoterapia no depende mucho de la orientación que tenga, sino que más del vínculo que uno pueda establecer con el paciente. Y claramente yo regreso a la salida: la farmacoterapia sólo puede ser, que, que el niño se concentre más, que mejore su rendimiento; pero muchas veces, eh, como te decía antes, o sea, si efectivamente en algunos casos de un SDA reactivo a una, a una, a un factor emocional o a una dificultad emocional, bueno, los niños no se van a, van a vivir bien con el medicamento, o sea, no van a [...] en el colegio; quizá van a estar tranquilos, van a mejorar sus rendimientos; pero en el fondo va a seguir siendo el mismo.

104. E: Es que pareciera...

105. P: Si es que vamos a mejorar el fondo, digamos, también tenemos que ir abordando de otra forma.

106. E: Es que pareciera ser que la única intervención que se puede hacer; es decir, como que hay un predominio de esta intervención farmacológica, pero también es la única que tiene espacio para poder hacerse. Porque tú me estás hablando de temas de vínculo, temas de cosas que realmente cada tres semanas... es difícil. Entonces no nos, no se dan esos espacios para poder rescatar otros tipos de intervenciones. Entonces... y por otra parte, claro, tú hablas como de lo farmacológico, y pareciera ser que lo farmacológico también tiene una relación con la, a la urgencia del trastorno: es decir, como una 'patología de la urgencia', que realmente tiene que ser acá, y diagnosticado y al tiro, y tratado al tiro, y en ese 'tratado' es como... Porque me parece que, de todo el porcentaje de niños de cierta edad que son diagnosticados con SDA, claramente me parece que hay un alto porcentaje de que es tratado farmacológicamente, ¿no?

107. P: Sí.

108. E: Sino todo. Me pareciera ser que...

109. P: No, no sé si todo, pero yo creo que la gran mayoría, sí.

110. E: Porque dentro de la misma guía que tú hablas, del trastorno, siempre se dice que como que el metilfenidato es como una de las segundas opciones: porque primero hay que ver, ya si funciona con otras cosas, si con talleres y luego sería como esta intervención, que me parece, pareciera [ríen] ser que, por más vías ministeriales y todo el flujograma, eso no se da. Es decir, primero es...

111. P: Sí, si... funciona al revés. Es, lamentable, pero la verdad es que nosotros, imagínate, tenemos una población enorme, *enorme*... y acá, digamos, en este nivel, para ese tema en específico, tenemos 66 horas de psicólogos; o sea, tenemos menos horas que cualquier consultorio... los consultorios más chicos, en general, tienen 66 horas. Y nosotros somos un Hospital y tenemos una población gigante y también tenemos 66 horas: y tenemos 11 horas de Psiquiatra. Bueno, ahora, ahora que van al psiquiátrico, ahora hay manos, ¿cierto? Pero antes había 11 horas de Psiquiatra y 66 de Psicólogos.

112. E: Y ¿cuántos profesionales trabajan en esta unidad?
113. P: ¿Psicólogos? Dos.
114. E: Dos. Y de, ¿Psiquiatras?
115. P: Uno.
116. E: ¿Uno?
117. P: Pero ahora, por eso te digo: como se abrió toda esta ventana del Hospital psiquiátrico; ahora se expande un poco el equipo y ahora deberíamos tener un rango más amplio, digamos, porque ahora hay tres psicólogos, allá; entonces la idea es que el SDA se empiece a ver allá parece. Bueno, no lo tengo todo claro, lo maneja todo...
118. E: Esto te va, lo que un poco va a ser la idea... ¿te va a permitir de que ahora se hagan las derivaciones al Hospital 2? ¿o no?
119. P: Sí, sí, lo que pasa es que en el fondo ahora, ahora con esta nueva política, como deberíamos funcionar, es que yo debiera ver los pacientes acá en el Hospital 1: debíamos ver los pacientes con SDA y con una co-morbilidad de una enfermedad médica, ¿cierto? Por ejemplo el niño que tiene diabetes, porque está lateado de [...], o el niño que, no sé, tiene epilepsia porque está la epileptóloga al lado, o la neuróloga al lado, entonces ver... tratamos de que así sea, digamos. Pero ahora, obviamente es a partir de ahora; porque tratamos que nuestros pacientes antiguos sigan siendo nuestros pacientes, o sea, yo no voy a derivar a mis pacientes allá, porque ya hay un vínculo y todo. Ahora, a pesar de lo que tú decías de las tres semanas, muchas veces los niños con esas tres semanas, y a pesar... con el sólo hecho de saber que tú vas a estar acá y que van a tener un desahogo, le da como... o sea, de algo sirve, o sea: estoy absolutamente convencido y, uno lo puede ver contrastado un poco con la consulta particular, ¿cierto?, que los casos avanzan abismalmente más de la consulta... pero avanza... lentito [con énfasis], pero avanza...
120. E: Oye, bueno y con la co-morbilidad, que tú ahora me hablaste de otros tipos de enfermedades, en relación a co-morbilidad. Pero, me parece que es más alto cuando se habla de co-morbilidad asociada como a otras patologías... psiquiátricas.
121. P: Sí, altísima. Alta, alta, altísima. Muy alta.
122. E: Y lo otro, para ya cerrar... las fortalezas, cuáles son las fortalezas que tú consideras que están teniendo en el abordaje del SDA...
123. P: Eh, la fortaleza, una es que somos un equipo multidisciplinario e interdisciplinario, y amplio; o sea, somos, acá en la región somos nosotros como Psicólogos, somos de los pocos que contamos con el apoyo de Neurólogo, también Psiquiatra, y con la mismas Asistentes Sociales, también en los casos más complicados, y eso claramente, para mí en lo personal es una fortaleza. Ehm y la otra fortaleza yo creo, es que somos un equipo, por lo menos los dos psicólogos que tenemos es que somos tremendamente resilientes, y que son fortalezas ya casi personales, que estamos acostumbrados a trabajar con sistemas bajo presión, y con una alta demanda... que ya los dos tenemos bastante años en el sistema, así que sabemos un poco como manejar los

casos... Y eso yo creo que sería la fortaleza de nosotros: más que eso no hay mucho porque, me encantaría poder decirte que tenemos de fortaleza una interacción fantástica con las redes o etc... pero no es así... Soy súper sincero...

124. E: Ya... ¿algo más que te gustaría acotar en esta entrevista?
125. P: No nada, ya, suficiente, un gusto.
126. E: Un gusto, gracias por haber participado, gracias por toda tu colaboración...
127. [finaliza la grabación]

ANEXO 3

ETAPA 2

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

PSIQUIATRA HOSPITAL 2

1. E: Entrevistador

2. D: Entrevistado

3. E: Doctor, agradecerle de antemano su disposición a participar en este estudio. Eh, partiendo por la pregunta; ¿Cuál es el nivel de presencia del SDA en las escuelas municipales de Ciudad 1, que ustedes ven? ¿Cuál diría usted que es el nivel de presencia?
4. D: ¿A qué te refieres tú con el nivel de presencia, como la prevalencia?
5. E: Sí
6. D: Bueno, nosotros no tenemos una estimación objetiva *nuestra*, a la cual yo pudiera hacer referencia. Lo que tenemos son estimaciones subjetivas, no cierto, que a nosotros nos parece que la prevalencia del SDA que hay en las escuelas municipalizadas es más o menos similar a la prevalencia que tenemos del SDA a nivel poblacional en general: no municipalizadas o particulares; y en el estudio que podemos, eh, hacer referencia, el que acaba de desarrollar, o está en desarrollo por la Doctora XXXXX, que habla de, en torno a un 10%.
7. E: Y que aumentaría, la principal, en las urbes, digamos.
8. D: Que aumenta principalmente, digamos, en las zonas más urbanas. Es un poco la realidad que tenemos nosotros, creemos, acá en Ciudad 1, pero no tengo una estadística como para darte una referencia objetiva.
9. E: Ya, y... digamos, desde las personas que se atienden acá: porque esto pertenece al Hospital 2, porque me dieron como la referencia de que acá se iba a empezar a abordar todo lo que era el programa, y específicamente lo que se aborda de SDA se hace desde acá. Lo que se pretende hacer...
10. D: A ver, no. La, el SDA, como es una patología que tanto desde el punto de vista médico vemos los psiquiatras infantiles, o infanto-juveniles, como los neurólogos, los neuropediatras, se ve tanto acá como –por especialistas digo- como en la Unidad de Neuropsiquiatría Infantil del Hospital 1. La idea es que ahí vean todo el SDA que no tiene co-morbilidad, que no tiene otras patologías asociadas y es de más baja complejidad. Que lo vean y lo resuelvan los neurólogos: y nosotros tendríamos que hacernos cargo -y eso es lo que hemos estado viendo- de todos aquellos casos que sí tienen co-morbilidad con trastornos de conducta, u otros trastornos específicos, que hacen más complejo el manejo.
11. E: Perfecto, Doctor. Y en esa proporción, digamos, número de atenciones que recibe desde el Hospital 1, ¿cuál sería el que tiene el SDA con co-morbilidad asociada?

12. D: Bueno, la estimación es que más del 50% de los niños con SDA tiene co-morbilidad asociada.
13. E: Ya, y esos se estarían atendiendo acá.
14. D: Claro.
15. E: Ya. Y desde su percepción, la frecuencia de pesquisa, digamos, y de diagnóstico, ¿ha aumentado durante los últimos años?
16. D: Sí, yo creo que hay más conciencia de la existencia de este problema, del SDA: hay mayor conocimiento por parte de los profesores o por los mismos padres, y yo creo que hay una mayor derivación... Ahora, por otro lado también, de pronto puede haber una, ehm, *sobre-demanda* por parte del ambiente educacional por tratar niños que no rinden bien como, potenciar el SDA o... sí, niños algún trastorno de ese nivel... Creo que, es una, es una... no tenemos certeza absoluta de que eso está ocurriendo: pero una impresión que nos queda es que puede haber de pronto una sobre-demanda, un sobre-diagnóstico a veces también; porque, bueno, cualquier niño que tenga cualquier tipo de dificultad en el aprendizaje, ya sea por temas conductuales, por temas específicos del aprendizaje, por temas emocionales, genera una dificultad a nivel escolar, del aula; muy particularmente en un aula donde hay una demanda muy alta, muchos niños, una exigencia tanto a los alumnos como a los profesores, que es difícil de llevar a cabo si no se dan todas las condiciones. Entonces, el *niño problema* puede con mucha facilidad tildarse como con SDA. Esa es una impresión que nosotros tenemos, pero que no tenemos certezas, no la hemos podido... no la hemos estudiado como para demostrarla. Ahora, al haber mayor conocimiento del SDA hay una mayor conciencia y una pesquisa más precoz: sobretodo el SDA que hay que tiene hiperactividad e impulsividad, pero también puede haber un sobre-diagnóstico sobretodo en estos casos. Con el SDA con el que estamos en deuda todavía –o con los niños que estamos en deuda- son aquellos niños que tienen SDA pero más puro, que no tienen hiperactividad o compulsividad marcada, y que pueden pasar desapercibidos como niños que sólo tiene dificultad para rendir, pero que se portan bien: creo que esos los pesquisamos menos, y ahí falta un poquito de educación y conciencia.
17. E: Entonces las dificultades para rendir están asociadas como a estas dificultades también del niño, de captar este dispositivo de aula, digamos, es decir, lo que se espera. Y ahí vendría esta sobre-demanda o, digamos, sobre-diagnóstico que se les pide; y debe estar vinculado también como a un tipo de intervención que se les pide que se desarrolle, que hagan...
18. D: {asiente} Claro, porque un niño con estas características va a requerir de una dedicación mucho mayor por parte del profesor. ¿A eso te refieres tú?
19. E: Sí, pero muchas veces me da la impresión de que se externalizara el problema: que no es que diagnostiquen como para ver qué tipo de estrategias podemos tener nosotros como docentes; sino que ‘diagnostiquen...’
20. D: “Diagnostíquenlo para que me lo resuelvan”. Yo creo que esa es la tendencia. Y no es una crítica a los docentes, sino yo creo que un docente que tiene 40 niños en la sala, difícilmente puede avocarse de manera más personalizada a niños que tienen dificultades. Algunos lo hacen, yo creo que hay docentes de una calidad extraordinaria y que son

capaces de abordar este tema, y de conducir niños con dificultades de manera más personalizada, de un modo muy positivo, pero no es la mayoría: entonces, más bien los profesores sometidos a una presión también ellos de cumplir con un programa, buscan que les resuelvan el problema de 'este niño que se porta mal y que no los deja terminar bien la clase' digamos.

21. E: Perfecto. Y cuál sería esa forma, la intervención en el fondo, que se realiza.
22. D: ¿La que se realiza, a nivel educación? ¿Eso preguntas tú?
23. E: Externalizándola. Es decir, cuando...
24. D: ¡Ah! Cuando te mandan, bueno, lo que buscan bueno es verificar si existe o no existe un diagnóstico, y básicamente la intervención que hacemos es un tratamiento farmacológico... no es mucho más lo que podemos aportar; no hay suficientes recursos para poder hacer un trabajo psicológico con todos los niños –salvo aquellos que tienen otras patologías asociadas de mayor complejidad- ni menos tenemos la posibilidad de hacer un trabajo educacional, o psicoeducacional con los niños. No tenemos ese recurso nosotros. No contamos con psicopedagogos, y los psicopedagogos que hay en los colegios, y psicólogos que hay en los colegios, por lo general no dan abastos para hacer un trabajo más personalizado, con estos niños con mayor dificultad: o sea, básicamente el aporte que nosotros hacemos es el tratamiento farmacológico, que claramente da mayores resultados, en cuanto a lo terapéutico.
25. E: Y de los niños diagnosticados, ¿la mayoría tiene tratamiento farmacológico?
26. D: Sí, o sea, si tú haces el diagnóstico de SDA, tú vas a intentar un tratamiento farmacológico, porque está ampliamente demostrado que el tratamiento farmacológico supera con creces otras intervenciones; psicológicas y psicopedagógicas, sociales y familiares. Ahora, el ideal ciertamente que es hacerlas todas, porque la eficacia mejora significativamente, alcanza casi el cien, el noventa y tanto por ciento. Pero el fármaco solo, mejora casi al 70% de los niños, sin otras intervenciones, sobretodo cuando se trata de un SDA puro.
27. E: Perfecto, doctor. Y, desde su percepción, ¿cómo se sitúa la presencia del SDA respecto a otras dificultades, otros diagnósticos?
28. D: A ver, el nivel de presencia.
29. E: Claro, la prevalencia {ríen}
30. D: La prevalencia del SDA... a ver, son dos cosas: si tú evalúas a nivel poblacional la prevalencia del SDA va en torno al 7, 10 por ciento, ¿no cierto? Ahora, si tú evalúas, no sé, la prevalencia en la consulta del SDA, en los servicios públicos, o servicios para ayudar a estos niños, es una de las más altas, junto con los Trastornos de Conducta, porque son los que generan la mayor cantidad de demanda. No obstante que, por la población, la prevalencia por ejemplo, de los Trastornos de Ansiedad es mucho mayor que la del SDA o los T. de Conducta: llegando incluso al 18% en zonas urbanas. Sin embargo, se pesquisa mucho menos, porque son síntomas internalizantes, que no se manifiestan, que no molestan, que no provocan problemas en su gran mayoría.

31. E: Ya. ¿Y cómo es que ocurre la sospecha, pesquisa y diagnóstico del SDA?
32. D: Normalmente ocurre en el aula. Yo creo que es lo más frecuente: es el niño que no está aprendiendo bien, que está teniendo problemas en el colegio, ya sea por rendimiento o por conducta. Que a su vez está teniendo consecuencias eso y también la exigencia de los profesores; desatención en el hogar... esa es la causa más frecuente de consulta. Lo otro es cuando los propios padres buscan ayuda -pero es lo menos habitual- por los problemas habituales o de manejo que les genera el niño en el hogar.
33. E: Y ¿hay diferencias respecto a escuelas? ¿usted observa así como...?
34. D: No, no te podría decir si veo diferencias respecto a escuelas. Sí veo diferencias respecto a profesores, eso te lo puedo decir con certeza.
35. E: Y en qué va eso...
36. D: No sé, básicamente hay profesores que tienen una capacidad de manejo de estas situaciones mucho mayor que otros, y que se la juegan por la educación y que estos niños se plantean como un desafío; y ellos los manejan muy muy bien, y muchas veces basta con una pequeña orientación de parte nuestra, un apoyo farmacológico mínimo, y ellos son capaces de comprender, de acoger, de orientar, de apoyar al niño de una manera diferenciada; cambiando ciertas estrategias, lo cual facilita enormemente el manejo en el aula. Y eso, yo creo que es una cosa individual. No te podría decir 'mira, en *tales* colegios vemos que la cosa se maneja mejor'...
37. E: Ya, va a depender del profesor, digamos, y esos profesores son... son muchos.
38. D: No sé, no los conozco
- [ríen]
39. E: Yo tampoco... y ¿ha afectado la incorporación, de los proyectos de integración (PIE) específicamente, el de NEE de carácter transitorio, la normativa 170 del SDA? ¿Ha afectado en el mayor número de casos que se están derivando?
40. D: No te sabría decir. No te sabría decir si tiene relación, porque ni siquiera sé cuál es la fecha en que ese reglamento se puso en práctica. No te sabría decir, no me parece que... ¿cuándo fue que se puso eso en práctica?
41. E: Ahora está empezando, es decir, empezó el decreto hace mucho...
42. D: No me parece que se esté viendo algo así. Ni tampoco me parece que se esté viendo un mejor manejo de los niños.
43. E: Ya. Pero ¿cómo cree que puede afectar el hecho, la incorporación del SDA como NEE transitoria?
44. D: Sería extraordinario, y que realmente hubiera recursos, hubiera personal capacitado, que hubiera recursos suficientes para manejar de una manera diferenciada a estos niños en el aula. Gente que pudiera realmente ayudar a los profesores: que muchas veces tienen 4, 5, 6 niños con SDA en su clase, y no saben cómo manejarlo. Yo creo que sería extraordinariamente positivo, pero no, yo no he visto como algo así, como que pudiera

señalar como 'mira, esto es paradigmático, aquí estamos viendo un cambio, aquí realmente se está manejando de manera distinta'... no.

45. E: Y, ¿cómo se aborda acá el SDA? Usted me comentaba que era a partir de derivaciones que vienen de las escuelas. ¿Se hacen directamente acá o van al Hospital 1 y del Hospital...?
46. D: No. En primer lugar, lo pesquisan en el consultorio, atención primaria, ¿ya? Ahí es la primera consulta: y desde ahí, hoy en día, todos, la gran mayoría salvo alguno que pudiera ser manejado psicosocialmente, y que en general no va a corresponder a un SDA, son derivados hasta acá, si es que tienen una co-morbilidad, o al Hospital 1 si es que son SDA más bien puros. Para el tratamiento con el especialista. Ahora, lo que nosotros pretendemos, y lo que estamos tratando de realizar ahora, es que el SDA sea pesquisado y ojalá en su gran mayoría tratado en los consultorios de atención primaria. Y estamos trabajando por eso; vamos a desarrollar un plan piloto con algunos consultorios, para capacitar a los profesionales, y que tengan también el apoyo farmacológico necesario, porque en este momento no tienen fármacos para atender; y poder atender con nuestro apoyo, con nuestra colaboración en la atención primaria.
47. E: Y la pesquisa que se realiza ahí, en base a qué criterios...
48. D: A los mismos criterios diagnósticos que utilizamos nosotros, el CIE-10 o el DSM-IV.
49. E: Ya. Eso es lo que se hace ahí. A partir de información con el Conners probablemente, o ¿hay otro tipo de instrumentos que...?
50. D: Claro. No, el Conners y el instrumento, no me acuerdo el nombre, que usan... con el que trabajan especialmente el grupo de HPV.
51. E: Ya, el TOCA-R, el PSC. Ya, y con eso llegan como las derivaciones. Y ustedes tienen, es decir, observan, cuando les tocan esos casos, ¿vienen anexados? O sea, ¿tienen conocimiento como de... de esos instrumentos?
52. D: Eh, no en todos lados. En algunos. Yo diría que los menos: no en todos los consultorios, y no en todos los colegios: todavía los consultorios no, no... yo creo que estamos al debe aquí; no hemos logrado todavía una buena capacitación de los profesionales de la atención primaria para que pesquisen adecuadamente, diagnostiquen adecuadamente, recojan toda la información necesaria para hacer un buen diagnóstico-manejo del nivel del SDA. En algunos que están un poco más capacitados lo hacen bien, llegan con los instrumentos, con la información de los profesores, pero no es la mayoría.
53. E: Y ¿qué se espera que ocurra con los estudiantes diagnosticados con SDA? ¿Cuál es la finalidad de atención que...?
54. D: Bueno, que tengan una mejor adaptación al nivel escolar, que mejoren su rendimiento, pero por sobretodo que el niño no sufra como consecuencia de su disfunción. Que el niño pueda -considerando que son niños con una inteligencia normal- pueda cumplir con lo que se espera de él, y que esta dificultad madurativa no sea una limitante. Básicamente, se espera que el niño se desarrolle en plenitud conforme a sus discapacidades. Eso. Uno generalmente termina finalmente tratando a los niños, no tanto por el SDA en sí, o la

limitación que éste la pudiera provocar al punto de vista estrictamente académico; sino la limitación que le pudiera provocar desde el punto de vista emocional y social al estar en una situación de desmedro, al afectar su autoestima, eh, su desarrollo, por no poder cumplir con las demandas y expectativas que se tiene con un niño de su edad por tener esta limitación. Esa es la razón principal del tratamiento.

55. E: Y ¿eso se puede hacer solamente con el tratamiento farmacológico?
56. D: Eso se puede hacer, en las condiciones normales, en la mayoría de los casos, solo –no solo- pero la que más rendimiento da es el tratamiento farmacológico. Y eso no solamente aquí, sino que se da en muchas partes, porque considerando la exigencia que tiene el niño del punto de vista académico; la gran presión que hay por el número de niños, por el programa que tienen que cumplir, es difícil que si no se les ayuda farmacológicamente puedan hacerlo. Y eso lo afecta mucho emocionalmente. Quizá si tuviéramos una condición ambiental distinta: un colegio más pequeñito, mucho más personalizado, con mucho apoyo pedagógico complementario al profesor, o psicopedagógico, psicológico, el niño podría ser manejado como un niño diferente, con alguna dificultad, adecuando su exigencia y su programa, y no necesariamente usar fármacos; pero esa es una condición que es muy difícil de encontrar.
57. E: Claro. Pero, volviendo a esto, porque independiente de que ya: esto de no usar fármacos como alternativa, a la combinación del uso de fármacos con otras como intervenciones, y también con esto de apuntar a una atención integral, no solamente desde lo farmacológico sino también lo psicosocial. Entonces, me parece que si se apunta a una intervención, que busca eso, es decir, como también disminuir las posibles consecuencias que pueden estar asociadas al SDA... estaría como, por lo que usted me decía, es mucho más que un tratamiento farmacológico.
58. D: Por supuesto. Por supuesto, es mucho más. Pero, a ver, lo que pasa es que mira: el rendimiento con el tratamiento farmacológico es muy alto. Es decir, si el niño tiene el SDA y tomas un fármaco, y sus funciones ejecutivas realmente funcionan, a él le cambia mucho la perspectiva y comienza a responder al igual que sus pares, y eso genera un alivio y facilita tan significativamente su desempeño y su adaptación, que redundo a su vez en todo su proceso de desarrollo.
59. E: Y eso, en cuántos de los casos realmente se puede observar...
60. D: Más del 75%. Entonces uno como que lo prioriza, porque eso a su vez genera una consecuencia posterior. Ahora no cabe duda de que si eso uno lo complementa con un apoyo psicosocial, la mejoría alcanza al 90%.
61. E: Doctor, y este tratamiento, ¿Cuándo la persona tiene el alta?
62. D: El problema del SDA es madurativo, y uno no tiene claridad de en qué momento va a dejar de requerir el apoyo farmacológico. Pero la estadística del pronóstico señalan con bastante claridad que prácticamente más del 70%, 80% requieren tratamiento hasta la adolescencia.
63. E: Ya. Ustedes acá, no han dado, digamos, alta...

64. D: Sí.
65. E: Pero es un número como...
66. D: Pequeño.
67. E: Pequeño, ya. Y, ¿quiénes intervienen o participan, digamos, en esta, en este abordar el SDA acá?
68. D: ¿En el equipo?
69. E: Sí, en el personal del Hospital 2.
70. D: Bueno, en el caso nuestro, como normalmente tienen otras patologías asociadas, el psiquiatra que hace el diagnóstico y tratamiento del SDA y la otra patología asociada, y frecuentemente interviene casi de regla. El psicólogo, que hace un trabajo terapéutico tanto con el diagnóstico psicológico-terapéutico, tanto con el niño como con la familia, orientado al manejo conductual y a la solución de conflictos intrafamiliares que podrían estar agravando, o que podrían influir en, en, en la mejoría del niño. Y, en un porcentaje no despreciable de casos –no tengo la cifra exacta- hay que hacer una intervención social también: cuando hay condiciones de alto riesgo de orden familiar, social, que dificultan el manejo en el hogar. Gente muy pobre, con mucho hacinamiento, o con familias muy desorganizadas, donde se dan situaciones de maltrato, en fin. Eso. O, en niños mayores cuando se han involucrado en situaciones delictivas...
71. E: Ya. Y la periodicidad de esas intervenciones, ustedes...
72. D: Depende del caso. Eh, si se requiere una terapia psicológica intensiva, se requiere una vez a la semana, o cada quince días. Ahora, nosotros como el tratamiento, normalmente lo vemos en una primera intervención después de un mes de iniciado tratamiento, y después no más allá de cada tres meses. Es lo que el ministerio propone, como control, uno cada tres meses: no siempre lo podemos hacer. O sea, no menos de tres meses {se corrige}, no siempre lo podemos hacer porque no nos da más allá los recursos profesionales...
73. E: Es uno cada tres meses...
74. D: Ese es el ideal.
75. E: El ideal {enfatisa y ríe}
76. D: A ver, una vez que está establecido el diagnóstico, y uno observa que al control de un mes, que el tratamiento es adecuado y que responde bien, los controla cada tres meses: salvo que tenga patologías asociadas y que requiera intervenciones más frecuentes. Ahora, digo que ese control de cada tres meses, que el mismo ministerio propone como una frecuencia razonable, no siempre se puede hacer porque no tenemos recursos profesionales. Ahora, no es la idea, muchas veces, muchas veces, como digo, cuando hay patologías asociadas, como es la mayoría de los casos que vemos nosotros, debería ser mucho más frecuente la consulta psiquiátrica; pero no, no se puede no más.
77. E: Y en este, en este control que se hace, es decir, ver cómo está funcionando el medicamento... Y, sobre las recetas del medicamento...

78. D: Esa tiene que venir a buscarla una vez al mes el paciente.
79. E: Ah, ya. Eso sí que... Y, respecto a la relación, digamos, con otros actores, en el sistema de educación. ¿Con quién se relacionan ustedes así como entidad, como programa, dentro del área de Educación?
80. D: Mira, hemos intentado... de partida, tratamos de tener algún contacto con el colegio, con los profesores, en los casos de otras patologías y de mayor riesgo psicosocial, con los organismos que están de apoyo en la comunidad para estos niños, como los PIE, cierto, eh... y, eh, en algunos casos, pero es poco frecuente, y hasta ahora no hemos tenido mucha oportunidad de trabajar en conjunto y en coordinación con el HPV. O sea, tratamos de tener una relación con la mayoría de los programas de acción psicosocial, pero todavía no tenemos una intervención bien sistematizada, un trabajo bien sistematizado con ellos. Pero eso básicamente porque estamos nosotros recién partiendo, nosotros partimos en marzo aquí. Pero para allá estamos apuntando: o sea, nosotros queremos lograr que nuestro trabajo sea *con* la red, partiendo por el consultorio de atención primaria, todas las instituciones de apoyo psicosocial, el colegio, y por supuesto la familia. Eso es lo que nosotros apuntamos: no es fácil hacer todo esto, porque requiere tiempo y dedicación; y con los recursos que tenemos, apurados el tiempo nos alcanza para ver a los pacientes una vez cada tres meses si tenemos suerte.
81. E: Pero empezaron ustedes, entonces, a partir de marzo con...
82. D: Nosotros, como unidad.
83. E: Y esta fue una iniciativa que se tomó...
84. D: Esta fue una iniciativa que surgió de nosotros mismos, junto con el servicio de salud.
85. E: Ya, de hacer esta unidad en el Hospital 2. Entonces, llevan unos meses recién.
86. D: Unos meses recién.
87. E: Y dentro de los objetivos está como hacer estas capacitaciones dentro del plan piloto... ¿y eso cuándo empezaría?
88. D: Ya está partiendo. Nosotros ya estamos haciendo estas cosas, de a poquitito: somos poquititos, entonces avanzamos lento, pero estamos en eso. Nosotros somos una unidad docente-asistencial, o sea, aquí además de, de atender a los niños y adolescentes que requieren de nuestro apoyo y familia, estamos formando especialistas, porque uno de los grandes problemas que hemos tenido es la falta de especialistas en salud mental infanto-juvenil, especialmente médicos y psiquiatras infanto-juveniles. Psicólogos tenemos más posibilidad de tener. Y entonces nosotros partimos con esa idea, estuvimos dispuestos a trabajar en generar esta nueva unidad, que sentíamos como necesidad muy fuerte, siempre y cuando tuviéramos la posibilidad de hacer un trabajo en colaboración con la Universidad 1 y formar especialistas, y eso se logró en el 2009, y entonces partimos en este proyecto; consolidándose ya definitivamente la unidad, como unidad propiamente tal, físicamente y como organización, en marzo de este año. Entonces, con la colaboración de los becados, de alumnos en práctica de la Universidad y del servicio, estamos tratando de generar todas estas iniciativas en un trabajo conjunto, bien coordinado. Pero, con

hartas esperanzas y con hartas ganas, pero con pocos recursos; entonces es lento. Pero estamos haciendo estas cosas ya: estamos haciendo un trabajo de coordinación, poquito a poco; estamos haciendo un trabajo de capacitación con la atención primaria; estamos tratando de desarrollar un proyecto de intervención conjunta *con* la atención primara y tratamiento de SDA en atención primaria; o sea, estamos en esa línea. Estamos tratando de trabajar más coordinadamente con los colegios, pero de a poco {suspira}.

89. E: ¿De a poco por los recursos? Es decir...
90. D: Muy escasos, muy pobre. Pero con harto espíritu.
91. E: Y ¿quién coordina las acciones dentro de, digamos, de las acciones entre el Hospital Psiquiátrico y las escuelas o...?
92. D: A ver, o lo hacemos nosotros mismos, el psiquiatra, o el psicólogo cuando tiene que hacer la coordinación directa; o la asistente social cuando hay una cuestión más compleja y que involucra más actores. Y las más macro las hacemos a través del encargado de Salud Mental, de la Dirección del Servicio de Salud, que es el señor XXXXXX, tú lo conoces, que es encargado de Salud Mental; entonces, cuando hay que hacer intervenciones más macro, o hacer un trabajo conjunto con un grupo de consultorios, o con Educación en general, las hacemos en conjunto con él.
93. E: Perfecto, él es, él es el que se encarga como de la parte de coordinación.
94. D: Coordinación macro. Pero lo de todos los días lo hacemos aquí nosotros mismos. Con el teléfono, el mail.
95. E: Se van coordinando con las escuelas.
96. D: Claro.
97. E: ¿Y con los profesionales que están al interior de las escuelas? Es decir, psicólogos, también...
98. D: Claro, también.
99. E: Pero no hay ninguna instancia más formal de coordinación.
100. D: No, no. Parte de las cosas que tenemos que diseñar, desarrollar. En eso estamos.
101. E: Y, justo tocando ese tema de las cosas que tienen que estar, ¿cuáles serían entonces los desafíos que ustedes se proponen?
102. D: Para el SDA el desafío más inmediato es lograr una capacitación e intervención eficiente a nivel de la atención primaria, del SDA. Eso es lo primero; o sea, que el SDA en su mayoría, aquellos casos no son complejos, puedan ser tratados en la atención primaria. Y por qué es tan importante eso: porque la atención primaria es el centro de salud poblacional, comunal, del barrio: donde está el colegio, la familia, donde están todos los actores; entonces, es ahí el lugar donde naturalmente debería darse la instancia de coordinación, de apoyo mutuo y trabajo colaborativo. Por eso no parece que la atención primaria es el lugar donde deberían tratarse la mayoría de las patologías, con un apoyo y

colaboración nuestra. Ese es nuestro primer y gran desafío, ¿ya? Y en segundo lugar, una vez que podamos empezar a desarrollar esto, conjuntamente, paralelamente con esto, desarrollar programas de, o más bien sistemas de comunicación, de intercambio de información, de coordinación con los distintos actores: las escuelas, la misma atención primaria, otros actores de la comunidad que trabajan con niños, otras instituciones, y la familia. Tenemos el desafío de, de generar y hacer un sistema de, de, o un protocolo de comunicación eficiente. No lo hemos logrado todavía, estamos en proceso, con estos distintos actores. Yo creo que ahí hay una necesidad bastante urgente que tenemos que consolidar. Pero esto es un proyecto que estamos haciendo en conjunto con la idea de partir por tratar el SDA en la atención primaria con un grupo de consultorios piloto: porque, insisto, es la atención primaria el organismo de atención en Salud que debe generar todas las instancias de coordinación; y nosotros ser *una parte más* de ese sistema. Entonces a partir de esta relación, vamos a empezar a generar los protocolos de comunicación con ellos, con el colegio, con los otros actores de apoyo a los niños.

103. E: Perfecto, entonces... Y eso ¿generaría un mayor número de diagnósticos, un mayor número de intervenciones?
104. D: Esperemos que genere un mayor número de intervenciones, y más eficientes. Diagnósticos tenemos de sobra.
105. E: Ya, y entonces, ¿cuáles serían las debilidades que ustedes que actualmente tienen?
106. D: La escasez de recursos. La falta de tiempo para poder desarrollar todo esto: nuestro tiempo lo tenemos que destinar casi en un 100%, salvo las reuniones que tenemos de equipo nosotros, que es solamente una mañana en la semana, la tenemos que destinar casi exclusivamente a la atención de pacientes. Nos queda muy poco tiempo para generar instancias de coordinación, de colaboración, de capacitación, que sentimos que es tan importante: nosotros sentimos que estamos en deuda con el trabajo de capacitación, tanto para los colegios como para la atención primaria, los profesionales de la atención primaria; estamos en deuda con apoyo a los padres, en cuanto a modelos de educación eficiente para sus hijos. O sea, no es que lo tengamos que hacer todo nosotros, pero nosotros tenemos que promover esas instancias: pero no tenemos tiempo pa' eso, o sea, si nosotros pudiéramos destinar nuestro tiempo (en vez de atender pacientes que se estuvieran atendiendo en atención primaria) nosotros viéramos sólo a aquellos que son estrictamente necesarios, podríamos estar avocados fundamentalmente a estas labores, que sentimos que son tremendamente importantes, porque nosotros tenemos que ser agentes de promoción, de prevención en salud. Creemos que es una labor fundamental para nosotros en salud mental, la promoción, prevención, difusión y educación en salud mental. Es lo más importante: pero no estamos pudiendo hacerlo por falta de recursos, falta de tiempo. Y porque somos también jovencitos, somos nuevos, estamos aprendiendo, y estamos partiendo un poco de cero, desde nuestra experiencia, a desarrollar todo esto. Conocemos experiencias extranjeras, tuvimos invitados extranjeros. ¿Tú estuviste parece, o no? Cuando invitamos... colegas de Washington que han compartido su experiencia con nosotros, en Mayo del año pasado y de este año: estamos recogiendo lo que más podemos, pero con esas limitantes. Y en experiencia, en desarrollar este tipo de iniciativas, y la falta de recursos que tiene.

107. E: Y las fortalezas que tienen.
108. D: Ganas. Los que estamos aquí estamos porque queremos los que hacemos, porque sentimos que tenemos un desafío importante por delante, porque nos gusta lo que hacemos: creo que el ser un equipo bien consolidado, motivado, un equipo que tiene espíritu, aunque seamos más pequeñitos.
109. E: ¿Quiénes integran el equipo?
110. D: Eh, que tenemos como, como hartos ideales. Esa es nuestra principal fortaleza. Lo integramos tres psiquiatras infanto-juveniles, con pocas horas: dos con 11 horas y uno con 33. Tres psicólogos, con 22 horas cada uno. Una asistente social, con 44 horas, un nutriólogo que tiene 11 horas, la secretaria, el auxiliar de servicio, y los becados, que son normalmente dos más estudiantes en práctica de Psicología.
111. E: Ya, de la Universidad 1.
112. D: De la Universidad 1 y de la Universidad 2 también. Psicología, particularmente la Universidad 2. Ahora tenemos una. Y eso es todo, somos bien poquitos pero tenemos hartas ganas: sentimos que tenemos un gran desafío por delante; hemos escrito, de hecho, una visión de lo que queremos ser. Queremos poner el acento en cuestiones que nos parecen muy importantes: en nuestra sociedad creemos que el tema de la familia y los vínculos es un tema bastante central, que está muy venido a menos, muy empobrecido; hay una fragilidad de los vínculos humanos que nos parece muy importante que nos preocupa, y así nos queremos desarrollar, con esa identidad. Con un enfoque mucho hacia la familia, sus relaciones, sus vínculos, con un enfoque psicosocial importante: así es como estamos tratando de formar a nuestros estudiantes.
113. E: Interesante. Un poco para ir cerrando la historia: ustedes se forman a partir de marzo acá, y antes estaban todos estos casos, se atendían en el Hospital 1 digamos.
114. D: En el Hospital 1, y en un Centro de Salud Mental ambulatorio que existe en Ciudad 1, donde momentáneamente estuvimos los psiquiatras infantiles –no todos los que están ahora, porque actualmente se integró una doctora conocedora- eh, estábamos trabajando allá: pero era transitorio, entonces no había como una organización, no teníamos trabajo de equipo, no teníamos reunión, lo único que hacíamos era atender pacientes.
115. E: Perfecto. Y ahora, con todo...
116. D: De marzo tenemos un equipo, y estamos trabajando como tal, y estamos tratando de funcionar lo más coordinadamente posible: sobretodo ahora estamos abocados, que estamos partiendo, a definir muy claramente quiénes somos, lo que queremos...
117. E: Doctor, le quería agradecer muchísimo su participación.
118. D: Muy bien, con mucho gusto. Y gracias a ti por lo que estás haciendo también.

ANEXO 4

ETAPA 2

ENTREVISTA GRUPAL

EQUIPO PSICOSOCIAL PROGRAMA HABILIDADES PARA LA VIDA (HPV)

0. L: La Nacha que también es psicóloga trabaja en el segundo ciclo. Con profesores y apoderados. Y ellos trabajan con los equipos y los psicólogos directamente.

1. V: La pesquisa comienza cuando la escuela...
2. L: La escuela son los primeros, los profesores que trabajan directamente con los niños son los primeros en pesquisar los SDA, o sea ellos tienen, la experiencia les va indicando cuando un niño puede tener ciertas características. Si la escuela tiene proyecto de integración, porque no todas las escuelas tienen proyecto de integración, son 33 escuelas las que tienen proyecto de integración. Las que tienen proyecto de integración hacen una solicitud de diagnóstico a la orientadora del proyecto y ella les hace un diagnóstico. Luego la deriva a la psicóloga del proyecto y entre esos dos deciden si está apto para pertenecer al proyecto de integración o si necesita necesidades educativas especiales. Que ahí es más complicado porque hay pocas escuelas que tienen grupos diferenciales no son pocas en realidad, pero no cubren todo el alumnado que tiene la corporación por decirlo así. Así es que fundamentalmente los niños con déficit atencional son derivados allá. Es típico que el que hace el diagnóstico dice, debe tener diferencial, pero hay muchas escuelas que no la tienen, entonces ahora se está luchando con el decreto 170 de que más niños puedan cumplir con esa cobertura.
3. L: Nosotros como habilidades tenemos un modelo de detección, se aplica un cuestionario en primero básico, cuando empezamos a intervenir en las escuelas y los instrumentos son dos, uno que se le aplica a los padres y uno que se le aplica al profesor, acerca de las conductas de los niños en la sala de clases y en la sala de clase. Es un cuestionario de observación del adulto acerca de las conductas del niño y es la apreciación directamente del alumno. Eso se le aplica a todos, es el tamizaje. También se le aplica a los padres de prekinder cuando nosotros ingresamos a una escuela. Es el PSC, que hizo una investigación y lo validó en 1995, y se le han ido haciendo otras intervenciones al instrumento para que mida también otras cosas. Entonces nuestro primer acercamiento es a través del TOCA-R, que es el cuestionario de los profesores y el PSC que se llama el cuestionario de los padres y luego se ingresan a un sistema informático los dos cuestionarios y arrojan perfiles de riesgo. Los cuestionarios miden 5 factores de riesgo. Y para que un niño tenga a lo menos un perfil de riesgo tiene que tener a lo menos tres.
4. N: Y son inmadurez emocional, trastornos cognitivos, déficit atencional, hiperactividad, atención y concentración y acatamiento de la autoridad.
5. V: O sea de los cinco, tres podrían ser indicativos de déficit atencional.
6. N: De perfil de riesgo.
7. L: Aparte al cuestionario se le hicieron otros ajustes y nos arrojan unos índices especiales que es cuando el papá y la profesora coinciden en algunos ítems, que miden más menos

lo mismo, entonces tenemos un índice especial que se llama Crítico Hiperactivo (ICH), un índice especial que se llama hiperactivo TOCA-R, que es cuando sólo el profesor piensa que el niño es hiperactivo y a veces los papás no piensan lo mismo o definitivamente no tenemos la información del padre porque no pudimos aplicarle la encuesta y un índice especial afectivo que arroja la información sólo del padre y que dice relación con la depresión infantil. Y esos tres índices a nosotros se nos orienta para que le hagamos una especie de entrevista diagnóstica al año siguiente, porque esto se aplica a primero básico, después durante el año se terminan de aplicar todos los instrumentos, se persigue a los padres, etc. Se digita, se levanta, al final del año tenemos los resultados entonces la intervención comienza al año siguiente, en segundo básico. Entonces se vuelve a hacer una observación, se vuelve a conversar con el profesor, un poco en el fondo como buscando diferencias que hayan en el momento de diagnóstico al momento de la intervención. Y los niños que aparecen con índice crítico e hiperactivo en general son derivados a Salud. Como nosotros ya a través de la relación que hemos tenido con el Servicio de Salud hemos validado el instrumento y de alguna manera cuando van con el informe TOCA-R con los resultados, el neurólogo o el médico en el consultorio ya no más está pidiendo Connors como algunas otras veces lo hacían. Si de hecho eso es lo que se usa, las escuelas que no tienen habilidades para la vida todavía se manejan con Connors, hasta con Connors abreviado que tienen 6 preguntas.

8. N: Igual nosotros tratamos ahí de generar una idea fuerza que el Connors no es un instrumento válido de utilizarse en este minuto porque sólo hace una valoración negativa de la conducta del niño, sin reconocer las potencialidades. El Connors permite mantener esa visión centrada en la negatividad.
9. L: El TOCA-R tiene 43 ítems positivos y negativos dice de la sociabilidad del niño como también dice de la inquietud en el fondo es una radiografía bastante más completa de lo que hace el niño
10. N: Con los seis reactivos del Connors cualquiera tienen
11. V: Y respecto al procedimiento, ustedes van y entregan el TOCA-R al profesor.
12. N: El PSC que es de los padres se aplica en reunión de apoderados. Tenemos algunos encuestadores que se han ido formando, otros son alumnos en práctica y otros definitivamente nosotros, se hace un encuestaje que no le permite autoaplicación como los padres tiene a veces dificultades al leer, entonces se hace una aplicación como masiva, se pone el ejecutor adelante, va leyendo cada uno de los reactivos, va indicando y los apoderados van levantando la mano y después cuando se recoge se va revisando que esté casi todo contestado, contestado dos veces, etc.
13. L: Después se trae la información, se digita acá, se analiza y en los que aparecen por sobre un perfil que son los digamos puntaje Z, sobre un tanto, entonces a esos niños se le hace una devolución o se les hace una devolución a todos los padres de los niños.
14. N: No, se le hace una devolución a la escuela, al equipo de gestión acerca de los niños con perfiles de riesgo cada año. Hay un índice que se llama protector que dice la observación positiva de los padres y de los profesores hacia el niño. Eso también se devuelve, lamentablemente salen sí muy poquitos.

15. L: Pero en general son niños que uno los conoce y que van a ser los niños como resilientes, que van a ser los mejores alumnos, son los que se destacan en el fondo; porque si bien tienen la misma situación económicas y culturales tienen una familia un poco más organizada en torno a la educación, la mirada de los profesores es mucho más positiva,
16. A: Y entonces cuando hacen la derivación, ustedes hacen la devolución a la escuela, y la escuela se encarga de derivar el niño ¿cómo se hace eso?
17. L: Cada uno de los ejecutores del programa tiene a su cargo cuatro escuelas, por lo tanto la relación de las habilidades en las escuelas es siempre a través de la encargada y en las escuelas también hay un encargado de habilidades que digamos es el ejecutor, con él que se debe poner de acuerdo en fechas, etc. Entonces todo el tema de la devolución de información y la posterior intervención que se hace está así como bien paso a paso, bien marcado con el ejecutor encargado.
18. N: Él es el que hace la devolución a los padres.
19. E3: Claro.
20. E1:.
21. E3: Generalmente tienen SDA. Generalmente tienen perfil, tienen familias bien complejas, no tienen PSC. Entonces participan en un taller preventivo aún sabiendo que tienen conductas que están más arraigadas y posteriormente se hace el proceso de derivación de manera de potenciar el trabajo.
22. V: entonces tengo dos preguntas. ¿Cómo se hace la derivación? La haces tú, la hace el ejecutor.
23. E3: O sea, la hacemos nosotros. O sea cada ejecutor. Tiene un listado con los niños índice, con perfiles, y hacemos una entrevista con los apoderados de los niños, también tratamos de recabar antecedentes del profesor respecto del niño y poder entrevistar al niño, con esos antecedentes según un modelo que tenemos, una ficha que trabajamos en los consultorio, la llenamos con las observaciones del profesional HPV, más los profesionales de las escuelas. Se envía a salud, en primer lugar al consultorio y a la asistente social que está encargada ahí y que lo recibe. Ella ve al niño, lo deriva a médico, el médico lo ve, lo deriva a atención secundaria y allí ya lo ve el neurólogo. Ese es todo el panorama que se demora...
24. E1: Un mes más menos.
25. E3: Mínimo.
26. E1: con la hora al neurólogo, y depende mucho de la fecha de derivación. Si derivamos ya, ahora tenemos hora como pa agosto, pero si derivamos a principio de año tenemos horas más... depende de la masa.
27. E3: Y los niveles de adherencia a los tratamientos no son buenos

28. L: Nosotros tenemos un encargado como decía la María Elena, en el consultorio que es el encargado de HPV, y que conoce el programa y que conoce el TOCA-R , conoce el PSC, conoce la hoja de derivación y hemos ido haciendo presentaciones en los consultorios para que los médicos nos conozcan también y validen los instrumentos y validen como en el fondo la pesquisa que nosotros hacemos como el en el fondo de evitar esta cosa de que el niño es atendido 200 veces y finalmente como que ya va prediagnosticado.
29. V: y se le vuelven a aplicar instrumentos.
30. E1: claro, bueno eso lo hemos logrado este año aunque no sea así, nosotros le pusimos a la hoja de derivación tres copias, entonces una queda en el centro de salud en la ficha del niño y otra va al hospital con el niño entonces también no... y en el Hospital también la asistente social que ve como todo el tema del seguimiento tiene sus contactos claves y que le devuelven información y todo el tema de seguimiento, en general yo diría que del 100% de niños que nosotros diagnosticamos , debe ser un 20% más o menos que sale entre perfil índice, ¿serán como un 5% más o menos los niños con índice? Como los que derivamos a salud.
31. E3: si, un poquitito menos tal vez.
32. E1: como habremos aplicado 1000 cuestionarios y tenemos que derivar 60 niños una cosa así, es más o menos ese el porcentaje.
33. V: ...Hay varias preguntas... Esa proporción tu decías se concentra en familias complejas, o sea que no se distribuye globalmente en una proporción de niños en una sala de clases en la que... ustedes entiendo lo que estan diciendo. Los niños que salen con ese perfil de riesgo crítico son generalmente niños que no tienen el PSC, es decir, que hay una familia atrás que no respondió, entonces
34. E3: o sea para que tengan un índice especial crítico hiperactivo, tiene que tener las dos observaciones, el niño que habitualmente no tiene PSC es aquel que es percibido como hiperactivo por el profesor y que en general no tiene PSC porque el papá no fue a reuniones durante hartas reuniones, porque igual dejamos la cuestión, se la mandamos a la casa, le pedimos que vuelvan, en fin.
35. V: Mi pregunta es más directamente si ustedes piensan que el diagnóstico de déficit atencional, tiene o no que ver con temas culturales, con características quizás más de la familia, que de alguna manera están cubriendo otras cosas. Entonces aparecen niños, chiquititos a los 6 años con un alto perfil de riesgo con un diagnóstico que es neurológico en su esencia, cuando en realidad al parecer están ocurriendo otras cosas que lo hace tener ese alto perfil, ¿cómo lo ven ustedes?
36. E3: Yo veo un poco más de variables en la situación, que sólo esa. Como sociales y culturales yo creo que hay distintos tipos de ... Me he topado con muchos niños que al hacer la anamnesis hay situaciones de consumo durante el embarazo por parte de los padres o previamente un consumo alto de drogas como más duras y también de situaciones familiares que se hayan que estén detonando un comportamiento en el niño que a lo mejor sea un poco más activo dentro de la sala de clases o claramente una situación de cómo la cultura escolar valora y se posiciona frente al discurso de la etapa del desarrollo o como es el niño, como visibiliza este tema del comportamiento, porque todos

valoran de manera distinta un niño que es catalogado como hiperactivo en un contexto, no siempre es catalogado en otro de la misma manera; depende mucho del profesor, de las estrategias

37. N: Se le otorga a un niño catalogado como un niño hiperactivo en una escuela puede distar mucho de lo que significa ser hiperactivo en otra... De lo que el profesor espera, de las estrategias y de un montón de cosas que están definida como más personales que culturales.
38. E1: es muy difícil además limpiar la hiperactividad de otras muchas conductas que aparecen como disruptivas en la sala de clases y que a veces son mucho más complejas que la hiperactividad. No es lo mismo un niño que es inquieto y que sólo le cuesta mantenerse sentado, etc., que un niño que además provoca y tienen dificultades en el acatamiento de las normas y que eso sí siento que se tiene influencia además de variables culturales. Finalmente para algunos niños el espacio escolar es muy diferente que el espacio vital al espacio familiar, entonces les cuesta mucho, y en básica se nota mucho, les cuesta mucho la adaptación. Se tiñen como hiperactividad muchas conductas que en general son disruptivas como por hábitos en el fondo. Nosotros en los talleres preventivos, después cuando el niño va creciendo y va como habiendo un proceso maduracional se me imagina como casi a nivel neurológico se va distinguiendo mucho mejor que hay ciertas conductas que se abandonan como es estar siempre corriendo por la sala, de tirarse al suelo, de arrastrarse, qué se yo, y los niños se van configurando más como agresivos o con dificultades en la interacción o definitivamente más inmaduros. Hay muchos niños que son vistos como hiperactivos y que son inmaduros en el fondo. Niños que... -pensaba en aquello que decías tú de la anamnesis- a mi me pasa también que veo que hay muchas dinámicas parentales que tienen que ver con alargar la infancia de los niños: que en la primera infancia amamantan al niño hasta muy tarde, que duermen con los papás hasta muy grandes, entonces tienen muchas conductas que son muy regresivas a nosotros en el PSC nos pasa hartito, bueno se pregunta si el niño se comporta como si fuera más chico, si se pega, qué se yo; y a las mamás les cuesta ver eso como una conducta de riesgo. Y siente como que de alguna manera el ser como un niño apegado como chiquitito, como guagüita, es algo deseable, normal. Pasa también que hay niños que no tienen otros espacios de actividad que no sea la escuela porque viven en sectores muy complejos entonces las mamás los prefieren dentro de la casa, entonces cuando llegan del colegio llegan a ponerse pijama y acostarse.
39. E3: O a estar muchas horas enfrente de la televisión. Entonces nosotras tratamos de incorporar por lo menos en pre-básica en los talleres con los apoderados de incorporar hartito esos temas, que tiene que ver con los hábitos saludables y las etapas de desarrollo, porque finalmente los niños pasan un poco aletargados en la casa con esta situación de mantenerlos controlados, y claro, llegan a la escuela quieren moverse, quieren jugar y a veces eso no está tan bien visto como dentro del sistema.
40. V: Y pa cerrar el tema del diagnóstico y pa cerrar la como es lo que hacen ustedes como HPV, ¿cómo perciben ustedes que ve la escuela el trabajo que ustedes hacen a nivel de pesquisa? ¿Este proceso de tamizaje, y de levantar perfiles y generar acciones para ello?

41. E1: Les cuesta confiar en el proceso de detección: es poco, son pocos los niños que aparecen con el diagnóstico. Ellos esperarían siempre que nosotros atendiéramos más niños.
42. V: hay expectativas que salgan más.
43. E1: si, por supuesto, les extraña mucho...
44. V: ¿Por qué crees tú que hay esa expectativa?
45. E1: Porque son muchos más los niños disruptivos que los niños que son diagnosticados . Y porque hay otras estrategias y hay otras variables que juegan en que los niños se aburran, se porten mal, que es lo que trabajamos nosotros a nivel de la otra intervención que es asesoría de aula, que es crear como con ellos estrategias, democratizar la sala de clases.
46. N: y es también a lo que apunta más el trabajo que se hace en segundo ciclo. En segundo ciclo los instrumentos son los mismos exceptuando con la adaptación que tiene el PSC que es de autoaplicación, es decir, los mismos estudiantes de sexto básico en el fondo reportan su propia conducta, ya no es el apoderado el que reporta eso. Desgraciadamente como aún está en marcha blanca no tenemos (...) entonces va a ser muy interesante cuando tengamos esa información, que se está haciendo esa digitación, de cómo es la devolución en el fondo de muchos de los niños, que como decía la L son escuelas antiguas, niños que han pasado por taller preventivo, que han pasado por las derivaciones y ver cómo ha sido ese proceso, va a ser como interesante de ver cuando tengamos esa información.
47. E1: Ojalá que sea positivo.
48. N: Nosotros esperamos, nosotros confiamos férreamente. Pero el segundo ciclo si el foco está más puesto en convivencia escolar. En el fondo ya no trabajas con el niño en particular si bien igual se arrojan índices críticos que debieran derivarse directamente a Salud; pero en general el foco está puesto en como se configuran las relaciones dentro de la escuela, en el aula, en los distintos espacios de convivencia que tienen, entre los alumnos, etc.
49. V: Entonces tienen como varias líneas ustedes, trabajan desde pre básica...
50. N: Hasta octavo.
51. E1: El componente promocional, que tiene talleres con apoderados, en prebásica, en prekínder y kínder. Asesorías y reuniones de apoderados en quinto, sexto y séptimo y octavo. Son por lo menos...
52. N: Tres en el año. Con apoderados son dos, en aula con alumnos son tres.
53. E1: Tres en el año, en el fondo lo que se hace es se le presentan algunas actividades y se le ofrecen temas al profesor; la idea es que lo implemente y los chiquillos se comprometen con apoyarlo tres veces, como pa que él se vaya sintiendo como más acompañado.
54. V: Una cosa de la línea promocional es el trabajo con padres es talleres ¿y que hacen ahí?

55. E1: nosotros en pre básica hacemos talleres de crianza, lo que explicaba la Elena y los chicos en el segundo ciclo hacen talleres que tienen que ver con el apoyo...
56. N: Expectativas y proyecto de vida, principalmente.
57. E1: El apoyo entre chiquillos
58. N: Relaciones entre ellos, también.
59. E1: Que es bueno mejorar el autoestima. Me acuerdo de una actividad que decía el Carlos el otro día, que los apoderados le escribían al niños, le decían lo que esperaban de él.
60. V: ¿Y con los profesores?
61. E1: Con los profesores se hace una actividad que es asesoría de aula, donde en primer ciclo se trabaja en clima, la idea es que se desarrollen estrategias para que se un clima, un vínculo, relaciones más armónica al interior de la sala, desde cosas tan básicas como el manual de convivencia, hábitos, tiempo, rutinas y etc, hasta relaciones, apego del profesor, mediación, estrategias de resolución de conflicto, etc.
62. L: Ir cubriendo un poco las necesidades que se estén dando en la sala de clases.
63. E1: Hay clases que son espectaculares, y hay clases que les falta harto todavía.
64. V: ¿Y esas son dos visitas dentro del aula?
65. E1: No...
66. N: Este año tenemos contemplada seis, que son seis asesorías. Y las de primero se hacen con los profesores de primero, segundo y tercero. Una jornada ampliada donde se les presenta el modelo a trabajar de este año, un cronograma con el plan de trabajo. Una socialización de la pauta con la que vamos a observar el aula, y contarle un poquitito el proceso, cómo va a hacer. Determinamos las fechas y vamos a observar el aula, con la pauta, nosotros también tenemos la misma pauta. Entonces llenamos nosotros la pauta, y la contrastamos con la pauta que también el profesor nos entrega, que es su propia apreciación del clima. Y según eso generamos una devolución y con esa devolución construimos en conjunto hacia dónde vamos a encaminar la asesoría y le presentamos un espectro de ideas al profesor dónde se podría mover.
67. V: Las asesorías son personalizadas , a cada profe...
68. Sí
69. V: ¿No trabajan de manera colegiada que los profes se observen las aulas?
70. No eso es un poco más complejo de poder coordinar.
71. E1: además que tenemos que luchar por los tiempos del profe. En eso también hay como...
72. V: también hacen trabajo en el aula, con los alumnos...

73. N: del segundo ciclo.
74. L: Bueno, en el segundo ciclo los chicos hacen asesorías con el profesor que son bien similares, pero que por la diferencia de que el profesor elige ciertos temas y de esos temas se les presentan actividades que él puede desarrollar con su curso. Y ahí también se acompaña al profesor dentro de la sala de clases, si el profesor lo requiere.
75. V: Y con los chicos que salen con perfil de riesgo...
76. E1: Antes de eso está la asesoría, hay trabajo promocional directo con los alumnos también a diferencia de primer ciclo que todo pasa por el profesor, todo el trabajo promocional. El segundo ciclo tiene trabajo promocional directo con los alumnos, en consejo de curso; en orientación...
77. N: Que esas son actividades que son propuestas por nosotros y diseñadas y arregladas , adaptadas a la realidad de cada curso por los profes, y en la aplicación de esas actividades en que nosotros apoyamos al profesor 2 a 3 veces al año. Pero el resto, digamos, de continuo que se construye conjunto al profesor, lo hacemos en asesoría. Una asesoría más o menos mensual hacemos nosotros, con todos los profes jefes.
78. E2: También es individual la...
79. N: si, también es individual.
80. E2: Y a veces es colectivo, dependiendo de la necesidad de cada escuela.
81. N: De repente son temáticas que son más bien generalizadas, o que la escuela te da una misma línea que quieres que trabajes tal o cual tema; se indaga un poco, y con la apreciación con los profes, que eso para nosotros tiende a primar, lo hacemos...
82. E2: Algunos se pueden hacer grupal.
83. V: Esta línea de trabajo con los profesores ¿es relativamente nueva?
84. E1: No, se ha ido formalizando diría yo, y sistematizando. Sí, porque en un principio, cuando recién partíamos con habilidades, lo que hacíamos por ejemplo, dentro de la sala de clases, es que trabajábamos habilidades para la vida: trabajábamos el autoestima, llevábamos actividades para que el profesor supiera como trabajar el autoestima, y le proponíamos actividades, las desarrollábamos adentro de la sala con ellos, poco a poco y con el tiempo y con la relación que se va consolidando con los profesores, ellos también permiten que uno vaya sugiriendo otro tipo de cosas, te metai más en lo pedagógico. Aunque nosotros si bien le decimos todo el rato que no nos metemos en lo pedagógico, los profesores son súper pedagógicos, son como bien de formación. Así que también se ha ido sistematizando todas las experiencias, se ha ido armando ciertos módulos con actividades, una cierta metodología. Se hace una reunión al año que es con el jefe de jornada donde tratamos que igual él nos muestren sus buenas prácticas: cosas que usen los profesores en Rodelillo, o en el Montedónico, que las use y que les sirvió, hay arto de eso. Hay pocas cosas que en realidad han sido invento, invento de nosotros.
85. V: Eso está interesante, ustedes los juntan con los profesores o a veces les llevan experiencias y se las cuentan a...

86. E1: Hemos hecho las dos cosas , a veces hemos hecho jornadas, este año la jornada la preparamos nosotras, yo diría que el año pasado y el ante pasado elegimos a algunos profesores que les contaran a los demás que es lo que les había resultado, y sobretodo levantar el tema de que ninguna estrategia es mágica y que funciona a la primera; sino que es necesario la rutina, el hábito, sobretodo en primer ciclo.
87. V: Todas estas cosas que ustedes me están contando es como un apoyo pedagógico al profesor.
88. E1: Sí.
89. N: de partida no se plantea así. El discurso que nos tratamos de insertar para no generar resistencias tiene que ver con , 'nosotros vamos a intervenir la convivencia de su curso en pro de que usted pueda tener un curso que se disponga mejor al aprendizaje'.
90. V: ustedes separan el discurso de la convivencia del aprendizaje.
91. E1: Así es. Como complemento.
92. N: Tenemos súper claro y le transmitimos al profesor que, y se lo decimos majaderamente que la convivencia y el clima tienen directa relación con la calidad de los aprendizajes y con la calidad de vida que ellos también tienen dentro en la escuela. Ese es un poco el discurso. Además lo relevante es que se incorpora al profesor como uno más del curso, entonces ya no es una intervención al profesor y a sus estrategias, sino que hacemos la intervención con él, porque él es el líder, el adulto, un poco más como el jefe, pero son todos los que están siendo intervenidos porque la convivencia es una cosa de todos y ese es el discurso todo el rato.
93. L: Además nosotros intervenimos en clima de aula. Y si traspasamos un poco la línea tiene que ver más con necesidades profesionales.
94. V: Pero dependiendo también de cómo tú entiendas lo pedagógico que también es crear un clima de aula.
95. ED: Claro, es que yo no lo desvinculo, sino es *parte de*. No podría decir que dejo de intervenir lo pedagógico porque tratamos de intervenir el clima, creo que son parte de una misma situación y al desvincularla...
96. E1: A veces lo que yo siento que hace el ministerio con sus intervenciones, que son absolutamente curriculares y que a los profesores les mandan las planificaciones redondas y así como armadas y así como... trata de insertarlos en una escuela, en un curso, con un clima complejo..
97. L: Es como "te mando la planificación hecha, está todo listo y te tiene que resultar" y no va a ser así si hay un clima altamente disruptivo.
98. V: exactamente,
99. E1: Ese es como el discurso que tratamos de trabajar con el profesor. Los profesores se sienten muy abiertos, muy deseosos en todo. Hay profesores, que como yo te digo, las estrategias no son mágicas; se desilusionan y se desesperanzan cuando las cosas no le

resultan a la primera. A veces cuando hablábamos del manual de convivencia dice “ay, pero yo tengo un Manual de Convivencia y los niños se siguen portando mal” y es como... bueno, *menos mal que está esa cartulina pegada en la pared* [risas], ¿cachai? Es como...

100. N: Eso es una cosa como de plazos, puede ser; para nosotros ya es, un profesor que se abre a implementar el Manual de Convivencia, a realizarlo con los alumnos, a hacer este rito y como nosotros tenemos como ciertos pasos dentro del proceso... a, a seguirnos, a creernos en el fondo como en esto, ya para nosotros es súper gratificante. Pero hay profesores que no po, que les funciona más el tema más antiguo, de cómo un poco más amenazante, más autoritario, que no permiten mucho tampoco la...
101. E3: Que de repente están un poco desesperanzados y ya no quieren probar porque dicen que han probado mucho...
102. N: No, y profesores que quieren buenos resultados, entre comillas, con esos subtemas. O sea, también son validados por los directores y esas cosas. Pero...
103. V: Pero históricamente, de lo que yo conozco de HPV, ehm, nació como esta propuesta de buscar niños con alto perfil, y poder hacer como atenciones de prevención grupal con ellos... Y de ahí han derivado otras cosas, que ya hacen más trabajo más directo en el aula con el profesor...
104. N: Nosotros en Ciudad 1 siempre hemos tenido como a la JUNAEB un poco encima, porque siempre fuimos un programa medio porfiado, yo siento. Como que hicimos hartas cosas más de las que pedía el modelo; y a veces por hacer esas cosas más dejábamos de hacer las cosas exactamente como las pedía el modelo...
105. L: Eh, el tema de la derivación, de los índices, es algo que hace 2, 3 años que yo creo que estamos así como aleccionados, que hay que hacerlo, no se qué; y todavía es algo que no... a mi me pasaba personalmente, que me parecía un poco, eh... contradictorio el discurso...
106. V: A ver, por qué...
107. L: Porque si de alguna manera le estai diciendo al profesor que ciertas estrategias de aula... y estai apostando a la convivencia y todo; después salirte como de ese foco y empezar igual a buscar a estos niños como puntuales, no sé qué, entonces...
108. V: Claro, un modelo social por una parte, pero lo ven como un modelo médico... Porque en realidad el niño sí tiene problemas así que mandémoslo...
109. L: Ahora, el mismo discurso que nosotros compartimos como ‘habilidades’ también lo hemos encontrado en los psicólogos en los centros de salud; también lo hemos encontrado en el psicólogo del Hospital y en la Asistente Social del Hospital; entonces de alguna manera también vamos... avanzando; no sé si es nuestro, pero creo que es como, hay una generación; porque creo que somos todos más o menos cercanos en... y se ha ido como armando de alguna manera una red que tiene que ver con la protección, que tiene que ver con la convención y todo. Entonces, también los profesionales de Salud, de las Redes de Infancia, de la misma Escuela; ahora la SEP, por ejemplo, que también mete un montón de profesionales psicosociales dentro de la escuela... también va metiendo este

discurso de, de 'ya, como cortémosla con el caso y empecemos a trabajar más a niveles grupales'...

110. N: No podemos tener medicados a un 20% de los niños de un curso sólo para poder tener una clase...
111. L: Ahora, tampoco me podría desdecir, y no decir que tengo la cabeza... 5, 6 niños que en realidad hemos logrado que se mediquen, y se mediquen a conciencia y se mediquen bien, y la familia y la escuela se organizan en torno al, al diagnóstico del niño, al tratamiento posterior; la bio-psico-educación y no sé qué...
112. N: Pero eso es un porcentaje menor: o sea, en conceptos de SDA-H está súper mal obrado; yo creo que ese... se entiende como cualquier, como cualquier cosa. Como enfoca en realidad como conocimiento de, específico; entonces un niño que es inquieto y que es movido en la sala se cataloga inmediatamente como SDA...
113. E3: Muchas veces tú, cuando indagai un poco más en los casos te dai cuenta que sus realidades sociales también, son súper complejas. Y en verdad te dai cuenta de que lo más probable es que ese niño tenga un cuadro más bien afectivo que neurológico, y esa es una distinción que no siempre está muy clara; y que tampoco es fácil transmitirla a las escuelas.
114. V: Pero ¿ustedes sienten que las escuelas tienen... altas expectativas de que ojalá se dieran más niños, diagnosticados de SDA, para que los llevaran al consultorio... Para que volvieran medicamentados...?
115. E2: O para que se hiciera una intervención con él: no sé si siempre la expectativa de medicarlo... Pero sí esperando que a lo mejor, con la conversación, o con la atención con un psicólogo, o con la conversación con el apoderado, mágicamente [...], y el niño disminuyera su conducta disruptiva dentro de la sala.
116. V: O sea, se resolviera fuera del ámbito de la escuela...
117. 2. Sí. Sin una intervención directa dentro de la sala: no es que, yo te ayudo con una estrategia, sino que yo te saco al niño, converso con él y 'puf'...
118. V: Yo me imagino que ustedes reciben esa tensión, o sea, viven con esa tensión diaria: cuando llega el momento de hacer la devolución...
119. E3: Y hay escuelas que son más porfiadas que otras. Hay escuelas que llevan hartos años en el programa y todavía no entienden que no lo vamos a hacer. O sea, todavía están haciendo la misma... y dicen 'ay que no nos sirve el Habilidades, porque los niños no cambian...' ¿cachai? Como...
120. V: Porque las escuelas, las tienen a ustedes... O sea, ustedes trabajan no con todas las escuelas, ¿no cierto?
121. Todos: Con 26
122. V: Y esa... ¿Cuál la razón por la que trabajan con 26 y no con todas?

123. E2: Sí, tiene que ver con presupuesto, que nos permite tener cierta cantidad de escuelas... y que, de hecho, en tres años va creciendo de una manera exponencial... En otras condiciones estábamos con 10... el 2011 tenemos 26; y queremos segundo ciclo ahora este año...
124. V: ¿Hay algún criterio de focalización? ¿Las eligen al azar?
125. E2: Índice de vulnerabilidad; bajo SIMCE y... el otro... son tres...
126. V: Tres criterios por los cuales eligen las escuela...
127. L: Ubicación geográfica, índice de vulnerabilidad bajo SIMCE, y baja asistencia médica.
128. V: Y, respecto del criterio geográfico, nos fijamos.... si, hay un cordón periférico por arriba, pero nosotros ya, ya tenemos todo eso y ahora empezamos, por la... ya llegamos a o sea, al final es casi lo mismo... tenemos toda la periferia.
129. L: o sea, las escuelas que optan en el fondo a una mejor educación, y que no se quedan con la escuela del sector, bajan a las escuelas que son bien puntuales, que son la [Escuela número] 25, la Escuela Grecia
130. E: Que son escuelas también súper vulnerables
131. L: O sea en el fondo están los mismos niños que...
132. E: que en el fondo tienen la misma problemática, súper parecida...
133. L: Eh, yo quería mencionarte un poco, el tema de, que toma un poco lo que tú me preguntabas, de impacto como a nivel medio político, yo siento que el protocolo de atención que tiene Salud acerca del SDA es muy malo. Muy malo. Personas que están en salud, a propósito, de, de los servicios, digo, en relación a, no sé, a pensar y a discutir y a tratar de mejorar esta cuestión, siento que se dedican más a tranquilizarnos a nosotros, que a llevar las molestias hacia la autoridad, o las necesidades hacia la autoridad. O sea, los neurólogos aquí en Ciudad 1, son del año UNO; hacen exactamente lo mismo que vienen haciendo de muchos años atrás; la gente a nosotros, los apoderados nos dicen "yo no lo voy a llevar al Doctor Q porque yo sé que el Doctor Q, o sea, no lo van a hacer levantar ni el pie y lo van a medicar" entonces... y frente a eso nosotros no tenemos nada que hacer...
134. E: Y no le van a dar además, ningún apoyo de psicoeducación al apoderado
135. L: Nada. Porque Matías que es un psicólogo que está en el Hospital está más que colapsado, y atiende como los intentos de suicidio, los casos más graves, y en el fondo no se va a gastar con una Psicoeducación...
136. V: ¿No hay un plan de prevención-promoción ...?
137. L: Mira recién partió un protocolo nuevo que quieren hacer, que quieren llevar a la atención primaria, en fármacos de DA; toda la atención, y los más resistentes son la gente son las que tiene el Hospital. No sé cómo va a resultar eso, no sé cómo van a hacer la pesquisa, ver qué pasa que los equipos de salud también están colapsados por depresión,

por alcohol y drogas, con adolescencia, o sea, tienen un montón de otros... ahora se metió una cuestión de la obesidad, que antes tenían que hacerlos los mismos psicólogos, eh, y...

138. V: Supongo, pero... antes de ir pa allá, yo quisiera terminar con lo que hacen ustedes con los grupos de prevención...
139. E: Si...
140. V: ¿Qué es lo que hacen con esos grupos? ¿Cada cuánto, como lo hacen?
141. L: Eh, son mínimo 6 y máximo 10 niños: son 10 sesiones que se hacen con ellos de 2 horas y es un taller que, es de... yo diría como de ampliación de repertorio conductual, de desarrollo de competencias, de factores protectores, se trabaja autoimagen, autoestima...
142. V: ¿Y esos niños que ingresan están todo el año...?
143. L: 10 sesiones...
144. V: 10 sesiones, que duran... ¿6 meses?
145. E4: Es súper relativo
146. E: [...] el taller más largo de la historia, que fueron como 18, pero ya... eh, son 10 sesiones, pero lo que pasa es que nos encontramos con ciertas situaciones que, por lo menos en el cerro, que cuando vienen estudian- meses más crudos, la asistencia baja mucho, y llueve y [algo] no existe, o sea, no van a ir más a la escuela. Entonces, vamos a la escuela y nos encontramos con un número menor que el que deberíamos trabajar en la sesión, entonces, tenemos un grupo de 8, y tenemos 4; igual trabajamos con esos 4, y después tenemos que volver a trabajar de nuevo, y puede que no aparezcan otros 4... entonces eso hace que el proceso se alargue...
147. V: Exacto, ok, pero hace como lo clásico de prevención, desde los factores protectores, autoestima, competencias sociales y ese tipo de cosas
148. E: Sí
149. N: Intentando trabajar con los apoderados, con poco éxito... Y...
150. E: Y haciendo una devolución un poco al profesor, eh, como directa cuando... o devolvemos a los niños, o los vamos a buscar dentro de la sala, así como...
151. N: Principalmente en torno a las estrategias que no funcionan
152. E: Claro, y preguntarle también cómo está... devolverle hartito como, harta valoración positiva porque en general, el comportamiento de los niños de allá, preventivo, es distinto, dada las condiciones en las que se da, y como, lo promotor que uno trata de ser con los chiquillos. Entonces claramente hay una disposición súper distinta cuando hay un adulto que te está haciendo una valoración mucho más positiva, que la que te han devuelto la mayor parte de los alumnos que han estado contigo.

153. N: Suelen ser un poco caóticos, los talleres. En el mismo sentido como que los niños no tienen esta regulación... del sistema.
154. E4: Quería hacer una acotación... se... así como se ven colapsados los psicólogos y los consultorios, así se ve colapsado el profesor también. Con una serie de exigencias que tienen que ver con una serie de cumplimientos, que son interminables: o sea, hay que ser profesor, para saber toda la carga que tiene. Entonces todas las intermisiones, y todos los programas y toda la... una cantidad... entonces así se ve colapsado el profesor, y se ve –toy hablando de, 40 años y más- con, que no están preparados para eso, que nadie les enseñó en la Universidad, que no saben muchas veces cómo enfrentar las situaciones, que se vean ante las drogas, que se ante el alcohol, ante la delincuencia, que antes, siempre ha existido; pero ahora...
155. E: Llegó a los ...
156. E4: Claro, entonces yo no sé... yo siento que la Universidades tienen una gran responsabilidad en la formación de profesores. Y yo pienso que eso está fallando: porque yo veo profesores que están surgiendo ahora, dos años atrás, tres años atrás, y vienen con las mismas, las mismas falencias.
157. V: Por eso, lo que ustedes estaban haciendo [...] en formar el clima de aula, y en apoyar, yo creo que esa es una necesidad en formación. Ayer me la preguntaron cuando presenté el--- es clave.
158. E4: En la Universidad debiera formarse para eso también..
159. V: A ver [nombre] yo quisiera volver al tema también, si me dejan porfa... Yo creo que, yo al menos tuve una visión redondita de qué es lo que hacen ustedes en HPV y cuál es la visión que ustedes tienen de cómo se acoge y no se acoge lo que ustedes hacen. Pero sin embargo ustedes son educadoras diferenciales, psicólogas, que están como de tránsito en las escuelas ¿no? Porque tienen varias escuelas a su cargo, no tienen oficina, permanencia ahí. Y hay, en cambio, otros psicólogos sociólogos que sí, colaboran [44.39] con integración. ¿Cómo ven ustedes el trabajo de esos otros psicólogos? En relación a los niños con DA; en relación a las lógicas y a los enfoques; antes de pasar a cómo ven ustedes de lo que se hace en el consultorio.
160. E3: Nosotros tratamos en la mayoría de las escuelas –cuando las escuelas tienen estos profesionales, porque también hay varios que no los tienen- de hacer un trabajo coordinado, y de tener como un lenguaje común, entendiendo que no nos hemos encontrado la mayoría de las que a mí me ha tocado por lo menos, trabajar con los equipos SEP, que tienen una visión igual parecida a la nuestra: no, no llegamos con ningún cuento que no les cobre sentido a los profesionales. Entonces, como, de nuevo, los que a mí me ha tocado coordinar... Ehm, así que, en mi caso he tenido una súper buena coordinación con ellos en estos términos; tratamos sobretodo de coordinar para evitar la sobreintervención, de que si ellos van a ver un caso, de que si ellos lo van a derivar, tampoco no hay una sistematización de cuál es, la descripción de cargo, por así decirlo, que debe tener un psicólogo dentro de una escuela, eso es otro tema también. Pero, pero principalmente lo que hacemos es labores de coordinación: lo que van a intervenir ellos, lo que vamos a intervenir nosotros.

161. N: Eso es lo que yo tengo la sensación también, que nos pasa, que de alguna manera el hecho de que llevemos tantos años interviniendo y que tengamos como un modelo, de alguna forma como medio armado, también nos dispone de una manera más consistente, eh, me pasa como mucho con las duplas o, qué se yo, psicosociales: que si no son así, por ejemplo, como la de [...] que ya llevan como tres años los chiquillos, y como que han ido armando...
162. E: Ellos incluso van a hacer una práctica
163. V: Duplas psicosociales con recursos SEP...
164. N: Claro, eh. Si no es así, en general, los chiquillos hacen como lo que salga: entonces no, tampoco tú te encontrarai con un profesional que te diga 'sabi que no, mira mi plan es este, y está basado en esta cuestión, y yo hice este diagnóstico, y ese...' no, ¿cachai?
165. E: Entonces no hay como una institucionalidad clara. Si bien, a lo mejor, el entendimiento como dice la N, puede ser compartido, entonces nosotros tenemos la misma visión respecto de lo que deba hacerse en educación con los niños con este tipo de conducta. Pero a la hora de lo que te pide la Dirección: o sea, el profesional hace lo que le pida la dirección; y ahí es cuando, es tierra...
166. [todas concuerdan en la falta de dirección]
167. N: Y el niño.... [se corrige] el psicólogo titulado con recursos SEP se ponga a diagnosticar WISC porque quiere... derivar los... quiere psicoterapia directamente, quiere atención individual
168. E: El encargado de NEE, él logró que eso no sea posible: que ningún psicólogo SEP aplique WISC. Que los WISC y las pesquisas psicométricas las hace la Sociedad [Necesidades] Educativas Especiales, y nadie más. Y solamente ellos postulan casos.
169. V: Porque se encontraban con esas dificultades.
170. E4: Claro, porque en el fondo pa qué vamos a esperar que venga el psicólogo de la... mejor que lo haga.. y tu cachai que al final, no es lo mismo aplicar un WISC en esta corporación, que en esta otra, entonces, hay cierta... [se interrumpe] Me tengo que ir...
171. V: Te tienes que ir... terminemos entonces con la, respecto a cómo lo ven ustedes, desde el sistema de salud, qué se hace allá... y que, ustedes mandan pocos [casos]: los que los mandan, según lo que entiendo son bien pesquisados; pero qué, qué se hace allá.
172. N: DE lo que nosotros mandamos yo creo que, de estos 60 que deben ser como el 5% que yo te decía, deben ser no sé, cuántos... como un 1%-2% los que realmente logran tratamiento,
173. E: Es decir, no más de 10.
174. V: Y desde los consultorios no hay un protocolo de atención preventiva, de trabajo de, qué se yo, trabajo con los padres...

175. E4: Ahora hicimos una alianza con Salud, la niña del Área de Salud nos decía que los equipos de Salud Mental tienen que hacer un trabajo comunitario, y nosotros teníamos interés en que se hiciera esta cosa como psicoeducativa: un montón de familias que con Habilidades Parentales se podrían manejar casi sin medicación con un niño con hiperactividad, o un niño más activo de lo normal. Y era una cosa que nosotras tampoco damos abasto como pa más encima empezar a hacer talleres; entonces hicimos como una alianza y estamos, ya nos hemos juntado una vez, queremos armar una especie como de Manual que se pueda...
176. V: Es decir que se está armando algo
177. E4: Sí, como que se pueda implementar algo con las familias de los niños diagnosticados, ya sea como papel [...] Índice, niños que en algún momento estuvieron en taller preventivo, no sé, en fin. Eh...
178. V: ¿Cuáles son las fortalezas y las dificultades que se les han presentado, a lo largo de estos años?
179. L: ¿Con salud?
180. V: Con Salud. Respecto a sí mismo, a ustedes mismos, a su trabajo con las escuelas y luego a su trabajo y su relación con los consultorios.
181. E4: Yo creo que con salud lo más beneficioso, lo más positivo yo siento es que hemos ido avanzando como en una validación: el hecho de tener un vínculo, que es directo, que hay un encargado, que nos recibe la hoja, esa hoja llega al médico, si le da la hora, etc. La señora recibía así como "ah, usted la Sra *tanto* que viene a la hora *tanto*, que ya tengo la ficha" ya hay una acogida, nos permite una [interrumpe el celular] nos permite una mayor atención en términos de una, una mejor atención en el centro de salud y también una mayor validación en las escuelas: el hecho de que nosotras tengamos ciertas redes o cierto nexos que permita frente a la escuela que nosotros seamos quienes derivamos, entonces yo creo que ahí nos da control acerca de, de que no, de que no se deriva como todo, no se deriva cualquier cosa, no se deriva desordenadamente...
182. V: Entonces en términos de coordinación, organización, un sustento como más conceptual.
183. E: Uno sí esperaría que la devolución fuera más inmediata, por ejemplo si nosotros tenemos un niño pesquisado y que tiene que ir a... tenemos enviarlo, este año, si bien nos demoramos un poco en el proceso de las conversaciones y las entrevistas y las anamnesis, después la derivación y después tener la devolución del Hospital cuando el niño logró llegar, eso ya es un período bastante largo. Entonces como en ese período la escuela puede decir: "eh, no, ustedes llevaron al niño, una vez lo entrevistaron, y, no ha pasado nada" porque ha pasado un montón de meses y todavía nosotros tampoco tenemos devolución del Hospital.
184. V: La queja por parte de la escuela o por parte del apoderado
185. E: Y nosotros les explicamos que este es un proceso largo, y le contamos más o menos cómo es el paso a paso, pero aún así no sé qué... no quedan contentos.

186. V: ¿El plazo máximo?
187. N: Es difícil
188. L: Pero menos que con las Redes de Infancia. Debemos decir que se porta mejor que SENAME [las demás asienten], ahí tenemos un año, año y medio de lista de espera...
189. E4: En lista de espera, así como que tú derivas al niño, y cómo es posible que lo llamen para que vaya a una primera entrevista
190. E: Por supuesto que un niño que un niño que tu derivai de una situación de mediana complejidad, cuando llega el PIE, después de un año ya está en consumo, ya está en callejeo...
191. A?: Entonces, ya no está en sus perfiles
192. N: Claro, está en lista de espera un año y después cuando llega, 'no que la complejidad es mayor' y cuando llega lo derivan al PIE, y toma otro año más... No si es un peloteo
193. V: Y los desafíos que ustedes tienen...
194. E4: Es más, es más... es más pega [risas]...
195. V: Cuáles son los desafíos a futuro
196. E4: Hay tantas cosas... faltan por tantos lados... Eh, a ver como así micro, hay escuelas que todavía no se suben bien al carro, y que todavía necesitamos seguir trabajando con ellos. Eh, hay escuelas que ya no se subieron, y que hay que seguir haciendo como patria en el fondo, dentro del espacio chiquitito que es el aula, dentro de, así como, casi jugando a exponer a los chiquillos a que les toque en una escuela en la que se van a encontrar con profesores complicados, con gente como, no sé, como quemante, al final es poco gratificante el trabajo, porque es como todos los días darle un paso y después, devolvís tres pa atrás, así como
197. E: Así como hay escuelas en que hemos estado y, así florecieron, es una cosa increíble o sea, una gratificación de saber cómo se están volviendo mucho más promotoras, cómo receptionan mucho mejor las intervenciones, que realmente las utilizan, entonces... eso también por un lado trato la gratificación, versus la resistencia de otras...
198. L: Yo creo que tenemos como una línea por el lado de la protección, que le hemos dado como hartito, a lo mejor un tema como [...] a lo mejor producto de que la Corporación, se abre una unidad de Protección Infanto Juvenil, como en el tema de convivencia, como de vulneración de derechos al interior de las escuelas. Entonces volver a darle como a todo ese discurso, y hay una línea de autocuidado de los docentes también, que no lo mencionamos en todo el rato pero que también es como, que estamos fortaleciendo.

199. E: Permanente, así como, hay escuelas donde los profes cachan que el autocuidado es importante, es necesario y es rico; y escuelas donde todavía es como 'ay, pero por qué no puedo irme a planificar' ...
200. V: Y respecto de la coordinación con otros programas HPV, ¿hay coordinación, hay contacto?
201. L: No mucho. La JUNAEB hace poco en ese sentido, hay poca supervisión hay poco apoyo. Siguen la pista noma pa pedir informe, rendiciones, como esas cosas [risas] pero no, no hay mucho apoyo.
202. V: Entonces el financiamiento viene directamente de la JUNAEB
203. L: Tenemos 40 y 60. En realidad la Corporación se porta hartoo bien
204. V: Y los 60
205. L: La JUNAEB. La JUNAEB es casi todo el recurso humano del equipo. El equipo es casi todo... y
206. V: ¿Y la relación con la Corporación?
207. E4: Ha pasado por diferentes momentos. Estuvimos como el año pasado yo creo como casi en su mejor momento; este año menos porque con el cambio de gobierno, la administración, que nosotros teníamos como nuestras dudas... no, súper bien, pero ahora cambió de nuevo el Sub-Gerente, así que otra vez, como todo de nuevo, instalar confianza, empezar a explicar qué hacemos. Y no somos psicólogos, que tomamos café [risas]
208. V: ¿Cuánto tiempo llevas trabajando acá?
209. E4: Desde el 99...
210. V: Se nota una estabilidad de equipo, que es lo que ustedes están constituyendo...
211. E: Bueno, yo llevo como 5 años.
212. L: Soportan estas malas condiciones de trabajo [risas]
213. N: Yo llevo ocho meses.
214. E3: ...Yo trabajé dos meses, pero desde la escuela trabajé desde el 99 o sea, lo conozco, bastante.
215. L: O sea, la vive desde una escuela que es súper compleja. [Risas]
216. V: sea, han podido ir conformando un equipo, atrayendo a la buena gente, para mejora...
217. E: No, y a mi me pasa que cuando yo presento, yo presento a la Lily, o ella en el fondo, se dan cuenta los otros que ella está en el equipo, que es como un proceso de promoción interno, porque al final es como...

218. V: Una [...] que también les valida a ustedes...
219. E: Claro, como ella desde su saber, en el fondo, nutre y...
220. A: Yo, quería, quedaba con dos preguntas. Primero, que, ustedes cuando hablan de la comunicación con los centros de salud, verdad, están hablando de atención secundaria; que es distinto... es decir, en Ciudad 3, en caso, se trabajan los casos de DA en los consultorios. Me da la impresión de que esta no es la realidad en Ciudad 1.
221. L: No, ese es el protocolo que se ocupa en Ciudad 3. Está el doctor D, con el AJ que es el de Servicio de Salud encargado de Salud Primaria, armando este protocolo para que, el DA se trabaje en atención primaria y...
222. E4: Igual que en el programa de depresión, pero en primaria
223. Y para eso nos estaban diciendo que querían incorporar el [...] para que lo pudieran...
224. V: O sea, ellos están en conversación con ustedes.
225. L: Nosotros hemos tratado de conversar con ellos, pero todavía no se ha dado esa instancia. Y sabemos como por otros rumores en el fondo que...
226. V: Pero en realidad, por lo que, no hay no hay mucha relación entre ustedes y Ciudad 3, y entre ustedes y otras...
227. L: No, además que son servicios de salud distintos, porque este es un servicio, y el otro es distinto. Del otro lado. Y, eh, no, tampoco hay un compartir como las buenas prácticas en ese sentido porque... y como te decía, nosotras hemos reclamado esta cuestión hace rato.
228. N: Hemos tratado de levantar, nosotros con primaria y secundaria, o sea, poder compartir y... poder como enriquecernos de las experiencias de cada uno de los equipos; pero la queja queda en queja. O sea, la levantamos y...
229. L: El ÁXXX lo que siempre dice es como que tenemos que dar gracias que somos Ciudad 1 y no somos otras ciudades, que están peor, ¿cachai?
230. V: El ÁXXX...
231. E: El ÁJ, que es... que [...] entonces lo que yo sigo en realidad, yo siento que el rol de él debiera ser traspasar la quejas para las autoridades, no sé po, al final, eh.
232. A: Y otra consulta al respecto, esclarecer. Ustedes hablan de que la proporción de, digamos, es menor la proporción de medicación, niños que realmente son diagnosticados. Ahora, HPV es uno de los programas que tiene relación con el pesquisaje y la sospecha de diagnóstico, digamos, pero hay otras instancias de averiguación. ¿Ustedes manejan eso? desde las escuelas, esta proporción, ¿aumenta, digamos?
233. N: O sea, ustedes le dicen a la gente...
234. L: Hay más derivaciones desde las escuelas que nosotros

235. N: Ustedes entregan eso, y la escuela muchas veces va a decir 'no, estos niños'
236. L: Va a seguir tomando sus acciones y decir 'no, yo, a Juanito lo voy a mandar a terapia' y habla con la madre y lo manda al Hospital.
237. E: En verdad lo manda vía consultorio
238. V: O le pide los apoyos a los equipos psicosociales, o a la psicóloga de integración que hablan también.
239. N: La psicóloga de integración no, a no ser que sean niños integrados que también a veces tienen otros trastornos y los derivan a Salud igual.
240. E: Hay profesores que condicionan a los niños por esta vía... [59.49]
241. N: Sí, y eso, el trabajo es como directo con el consultorio, y depende harto del psicólogo del consultorio: el psicólogo de consultorio que de frentón no atiende al niño, porque no está dentro de – bueno ahora, creo que del año pasado dentro del plan de atención primaria viene esto del trastorno hiperactivo y emocionales y etc – pero, en general se queda en la atención psicológica, y algunos psicólogos en Salud estaban aplicando WISC; y cuando veían esta cosa como del desfase en las escalas, mandaban como sospechas de DA, a atención secundaria...
242. A: Entonces ahí hay una derivación interna de otros consultorios hacia los centros de atención secundaria, digamos.
243. L: Sí, bueno, todo lo que llega al hospital debe llegar por el consultorio. Nosotros no lo podemos saltar tampoco. La JUNAEB nos instruye para que nosotros en el fondo usemos los conductos regulares y en el fondo tenga sentido...
244. N: Pero entonces, de este 100% que hablábamos, en realidad es más porque las escuelas también usan sus propios canales de derivación. Las escuelas nuestras en general no, por lo menos en primer ciclo.
245. E: Debe ser porque somos tan como, está el curso presente, todo el rato
246. N: Nosotros tenemos un formato de derivación de casos emergentes, le pasamos una hoja al profesor, pa que él derive a los niños que considere no han salido en el diagnóstico, que no –y que él considera que son casi, así no como que nos llene la hoja... En general de esos niños, casi ninguno va a Salud, como que uno intenta de hacer como [E4: Como otro tipo de intervención]
247. L: Eso viene porque siempre van más a red SENAME, o a PIB [...], porque nos damos cuenta que hay como otros temas: o vulneraciones, o situaciones de callejeo, cualquier como, más complejas en la familia. Entonces son otros tipos de derivación...
248. V: Siento que el ser profesor condiciona el...
249. E: Sí, pero son las situaciones menos, pero en un caso muy grande se condiciona la permanencia del niño por la atención... [que tiene que ir al consultorio...] ...sí. Pero, es poco. Tampoco es como tan alarmante.

250. L: Y es igual para [los que son] directivos, no es algo que afecte al profesor solo.
251. E: Igual no debería pasar.
252. V: Ustedes podrían decir entonces que la realidad de las otras escuelas que no están dentro de los 26 del programa de ustedes, ¿es distinta? En relación a los niveles de, a los procedimientos diagnósticos, por cierto, pero ¿también a nivel de presencia, del diagnóstico de SDA en esas escuelas?
253. E: Si, yo creo, yo creo que sí
254. N: Es que yo creo que es probable incluso que la visión que tienen de la escena sea diferente; porque igual nosotros tratamos de indagar un poco un discurso, así como que tratamos de meter la puntita como con otras cosas...
255. L: Como porque hay una visión más promotora, con que estas cosas se pueden trabajar con el trabajo de promoción de aula, en el fondo en rigor nosotros sólo debíamos derivar lo que sale de los instrumentos; lo que se hace como de derivación así como de, emergente, tratamos de que sean cosas así como *realmente* emergentes; puntuales, importantes, graves, de vulneraciones.
256. E: Porque está el taller preventivo, que probablemente el niño que en primero básico tal vez es un poco productivo, así como, en segundo, probablemente va a salir, entonces, 'esperemos ese proceso, veamos qué pasa'; como que uno también está apoyando al profesor en este proceso cuando a veces se siente un poco sobrepasado.
257. N: Y, sabí qué es otra cosa que nosotros hemos ido avanzando mucho, en también el manejar con los profesores las expectativas de la atención de salud: porque esta cosa de que es una intervención *mágica*, que voy a mandar al niño al psicólogo y va a volver transformado en un niño que se sienta, que se porte bien, escriba y haga la tarea, no es real, definitivamente. Entonces, también devolverle al profesor que a veces es mucho más efectivo manejarlo aquí, cerquita de nosotros ¿cachai? En las salas de clases, entregarles las atenciones requeridas; porque ya una vez que sale del espacio escolar, y va al consultorio, nosotros ya no sabemos más del niño, entonces en el fondo es como derivarle nuestra responsabilidad a otros... y, y también eso ayuda...
258. V: Excelente... Bueno yo quisiera terminar, sé que tienen otras actividades... preguntándoles quizá no para responder ahora, pero, qué quisieran ustedes en relación a la colaboración posible con nosotros para con la Psicología; eh, yo creo que para nosotros sería ideal poder contar con ustedes por ejemplo, que ustedes vayan a contarle a los estudiantes qué es lo que hacen, también a pedagogía, el tema de cómo trabajar clima de aula; ayer me preguntaban, directamente como qué podemos trabajar en formación de clima de aula y claro, yo le decía 'es que la experiencia práctica te la da'
259. E: ¿Quiénes te lo preguntaban?
260. V: Me lo preguntaban profesores de, Historia. Para trabajar. Eso por una parte, también compartir digamos lo que son todas las investigaciones, pero formar como alianzas. ¿Qué necesitarían ustedes? ¿Qué necesitan? Por ejemplo, ¿necesitan apoyo en análisis de datos?, ¿necesitan apoyo en, qué se yo?

261. N: Ay, necesitamos tantas cosas [risas]
262. E: Un minuto pensaba yo el tema de poder sistematizar un poco las experiencias, que han sido más exitosas a lo largo de la implementación del programa en estos diez años: y de cómo tener un poco la instancia para compartir esas experiencias, de publicar cosas; en relación al autocuidado, a los éxitos, a la debilidades...
263. V: Todas esas escuelas que ustedes identifican, que ustedes alcanzan a[65.15] sentir gratificadas, ¿están sistematizadas? ¿Han sido difundidas? Porque eso constituyen buenas prácticas, entonces...
264. E: Claro, tal vez en esa sistematización. Eh, como más formal, ¿no?
265. N: No, y no nos da el cuero
266. V: Pero ahí quizá podemos pensar en tesis que puedan hacer eso, con el apoyo de ustedes. O sea, ustedes llevarlos, contarles, pero mirar alguna metodología que permita a esas escuelas...
267. E: Como poder levantar algún dato más bruto en relación al...
268. V: [...] O sea, ayudarnos también a publicar...
269. N: Hay todo un trabajo que tiene que ver con los resultados de los niños que se han ido interviniendo; cómo esos niños a raíz que pasan los años van cambiando su perfil, o van abandonando el perfil; y toda esa cuestión también está ahí, o sea, hay una tremenda base de datos...
270. V: También podemos [---] el regalo que alcanzamos a hacer, se nos pierden muchos niños para otros lados... Y además que...
271. N: El tiempo para analizar la información además es mucho, en comparación con todo lo demás que tenemos que hacer...
272. E4: Además también está lo que va a pasar en segundo ciclo, porque también yo encuentro que esos niños son de nuevo medidos en sexto, y después van a ser en dos años más, de nuevo, medidos en octavo. Entonces el día que tengamos así como toda esa información, va a ser... [suspira y todas ríen] titánico...
273. V: Esas necesidades, bueno, nosotros las vamos a acoger. Desde ya me comprometo a una tesis; yo no los puedo obligar obviamente, se tienen que inscribir... pero uno puede ayudar a que quieran [ríe], y luego, el tema yo creo que de las bases de datos, yo –esto ya fuera de la entrevista- mi opinión personal, profesional, es que ustedes hacen una súper buena labor; eh, y con poco soporte. Lo que yo veo en otros países, por ejemplo EEUU también tiene, hace cosa de este tipo, pero con una fundación gigante detrás, que toma los datos, que los analiza, que les devuelve reportes, y ustedes no tienen eso y en Chile no tenemos eso, yo creo que tenemos que avanzar a ese sistema como de soporte...
274. L: Yo diría que la JUNAEB nacional algo hace, eh, recibe los informes nuestros de base finales, son puro dato, casi no tiene observaciones ni cualitativo, nada. Y me imagino

que eso va a algunas bases de datos como más nacionales y hay algún tipo de, una vez al año, hacen como unas jornadas en donde en general es como pa capacitar un poco como a los ejecutores nuevos, algunas veces en habilidades del segundo ciclo aparece un poco como de este aprendizaje... Pero son cuestiones a nivel nacional po, y a nivel local...

275. V: Claro, a nivel local no
276. L: Hicieron un cruce con el SIMCE, determinar qué niños van a taller preventivo presentan mejoras de puntajes significativos en el SIMCE, pero también a nivel nacional, que no es lo mismo que ir nosotros y citar [...] acá, como: en su escuela, los niños que han pasado por taller preventivo presentan mejoras de SIMCE...
277. V: Entonces, ehm, allá en la escuela tenemos más gente que nos cuente [...]y podemos juntar fuerzas y apoyar también, digamos, alguna tesis de pre-grado; porque ahora tenemos un Doctorado, entonces quizá también a alguien le interese hacer una tesis doctoral en este tema...
278. E4: Y a nivel como extra, yo te, es que no sé en realidad si corresponde pero, creo que desde el equipo siempre hay una necesidad súper grande de autocuidado; a nosotras no nos alcanzan las lucas, ni tenemos como la oportunidad de salir; los eventos que hemos han sido así como, haciendo ejercicios de desdoblaje nosotros mismos [risas] pero eso que finalmente hace que sean menos efectivos. Entonces, también algo así sería súper interesante para nosotros.
279. V: Ya, ok.
280. N: En términos de poder contar con externos cachai, que nos puedan mirar como equipo, vernos desde el liderazgo, desde... que estamos desde el año pasado así haciendo como un esfuerzo por sistematizar un poco porque, al final el trabajo así, de equipo horizontal, como es, es bien democrático y súper efectivo, y a mí me encanta. Pero también pecamos de otras cosas, como son... recién nos estamos organizando, se nos pierde información, eh...
281. V: Ok... ¿Ustedes reciben estudiantes en práctica?
282. N: Tenemos ahora de Servicio Social. Con la Católica tuvimos como un quiebre porque a la María Julia no le gustaba el programa, entonces como a la María Julia no le gustaba el programa le ponía mucho reparo con los chicos en [interrupción por llamada a celular], eh, le ponía muchos reparos a los alumnos cuando venían a hacer la práctica. Entonces los chicos como que sufrían ene, tenían que estar como adecuando sus intervenciones y, entonces, después ya era como, pa qué iban a venir si van a tener ataos.
283. V: Bueno eso lo podemos... yo sé que sigue haciendo las prácticas. Entonces, si es así, no, yo no me comprometo a... a práctica. Pero si, lo que pasa es que sigue tutelando las prácticas...
284. N: Con la MJ tenemos súper buena onda, ella nos abre las puertas al Centro de Atención de la Universidad del M, por ejemplo, tenemos convenio con ella para que nos atienda los casos, y es como, o sea, yo estudié en la Univ. C. entonces es como mi profe...

No tiene nada que ver una cuestión... es una cosa ideológica de ella, de la manera de intervenir en la escuela que ella sentía que HPV es muy conductista, pero eh...

285. E: Bueno, en el diplomado se encontró con que sus alumnos estaban haciendo psicoterapia así que [risas]
286. V: Sí porque al final en el diplomado hace asesoramiento, de las dos... ah ya.
287. L: Sí, porque al final, todos tenemos una ideología no totalmente consistente con lo que uno termina pudiendo hacer en el sistema real... [es lento...] lento...
288. V: Bueno, entonces, como ya todos conocemos a MJ, yo no me meto con la práctica [risas], pero sí con las tesis y exámenes de grado, ahí sí puedo; y lo que decían de la base de datos, tenemos personas, lo que pasa es que a esta hora, en post parto, hay una profe que es de Psicología de la Salud, que es la Profesora MAB, entonces, ella probablemente le va a interesar mucho esto, y ella es súper experta en cuanti, entonces con ella quizá podemos hacer un análisis en conjunto, de esos datos para devolverlos. Yapo, sigamos hablando entonces, ¿ya? Muy bien, muchas gracias, les agradecemos, y les vamos a pedir, como para terminar el diálogo, los datos... como para las evidencias... del catastro de mil alumnos, cuántos salen con perfil, para luego ver si esos son los que se ven en consultorio, y el año pasado y este año, para ver los cambios...
289. L: ¿Pero de los catastrados este año?
290. N: O sea, esa información va a estar a fin de año...
291. E4: Claro, tiene que ser 2009 ó 2010. El informe tiene los niños diagnosticados del 2010, o sea la cantidad de niños a los que se les aplicó, y salen los niños con perfil de primer ciclo y segundo ciclo.
292. N: Porque los de segundo ciclo, yo les aviso, que eso no va a estar.... Pero sí lo de primer ciclo
293. V: [...] El informe de ese instrumento el TOCA-R y el ESC...
294. L: Sí, como ¿una fotocopia o algo así?
295. V: Sí para poder mandarlo por mail... Y el protocolo...es
296. L: ¿Con el de derivación?
297. V: Lo que ustedes hacen, como HPV, prevención, promoción... el diagrama.
298. L: Tendría que imprimirlo... [...]
299. [Se interrumpen las conversaciones, por llamadas a celulares y retiradas de las entrevistadas]

ANEXO 5

ETAPA 2

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

COORDINADOR DE PROGRAMA DE INTEGRACIÓN ESCOLAR (PIE)

1. A: Agradeciendo tu participación, quisiera antes que me comentaras... tú me decías que eras el psicólogo, ¿cuántos años llevas?... en el cargo...
2. C: ¿Cargo actual? Eh en el cargo actual, como coordinador del programa, llevo 3 años, sin contar el tercero, ahora trabajando en el programa llevo 11 años. Ahora, como coordinador mismo, tres años; he sufrido hartos cambios digamos, todos en base a los decretos, en base a [...] el programa y lo tomo así, digamos, como programa comunitario, y reúne todas las áreas con necesidades especiales... comenzó a gestarse desde hace unos cinco años atrás, digamos, la estructura...
3. A: El programa, la estructura actual que ustedes tienen
4. C: La estructura actual se formó a mediados del año pasado digamos: reúne a todas las áreas con niños con NEE. Es decir, yo como estaba de coordinador del programa de integración lideré de esa manera todo reunido en un todo. Reuní algunas áreas específicas y de ahí tomé la forma general.
5. A: ¿Y qué me decías tú que hace cinco años se empezó a...?
6. C: Claro, se empezó a gestar un poco la especificidad de las áreas que se trabajan, a diversificar más que nada. El MINEDUC implementa en este programa de integración Áreas de Trabajo, centradas en la discapacidad que salían. Entonces últimamente Ciudad 1 tenía el Área de Discapacidad Intelectual, el Área de Lenguaje, el Área de los Niños con T. Motor, y eh, bueno lo veo un poco por diferencial, esto estaba como dices tú, entre [...] entonces desde hace unos cinco años hasta ahora, Ciudad 1 ha incursionado en todas las áreas que propone el Ministerio, incluyendo desde niños autistas a niños con problemas de audición, niños con trastorno de la afectividad, o emocional; la única área que el Ministerio propone y está acá y que nosotros no hemos instalado por una cuestión de que, de que no nos han entrado niños con esas intensidades, es la dificultad visual, de Discapacidad Visual. Todas las demás discapacidades que el Ministerio reconoce, Ciudad 1 las trabaja
7. A: Y en este momento, ¿cuál de las escuelas, cuánto es el número de las escuelas totales que tiene Ciudad 1?
8. C: Son cuarenta y dos escuelas.
9. A: Cuarenta y dos. ¿y cuántas de ellas...?

10. C: Cuarenta y dos escuelas que cuentan con programa. Ciudad 1 tiene 56 escuelas municipales: es decir, tiene 42 de las 56 que presentan PIE.
11. A: Y estas 42 escuelas ¿tienen relación con su alto índice de vulnerabilidad?
12. C: El, el, yo diría que el 70% de las escuelas, el 80% de las escuelas que trabajamos son escuela de cerro, y por lo tanto su índice de vulnerabilidad disparado, una mano importante. Eh, no fueron escogidas así...
13. A: ¿Cuáles son los criterios, o sea, preguntan como...?
14. C: Como algo que se ha ido construyendo; el programa cuando parte en el 98, parte como una estrategia, una herramienta de apoyo para las escuelas que tienen niños con mayores dificultades. Y obviamente esos niños estaban situados en las escuelas que no estaban en el plan de Ciudad 1, que estaban en el cerro, en el cordón de cerros. Entonces el programa de integración pasa a ser una herramienta metodológica y pedagógica de apoyo a esos chicos, en esas escuelas. Y de ahí se van al resto de las comunidades educativas, entonces, obviamente que cuando uno revisa la distribución, se da cuenta de que la gran mayoría de las escuelas que están en PIE están en el cerro de Ciudad 1, que, por contrapartida o de igual manera, son la mayoría de las escuelas de Ciudad 1, la mayoría de porcentaje de escuelas de Ciudad 1 están en cerros, no están en el plan. Me atrevería a decir que el 60% al menos de las escuelas de Ciudad 1 son de cerro.
15. A: Perfecto
16. C: Y están insertas en contextos de vulnerabilidad.
17. A: Y C, entonces ¿cuáles serían los criterios con los cuales el programa entra en estas 42 escuelas en totalidad?
18. C: Hay una, hay un requisito de los programas que fundamentalmente las comunidades educativas acepten y tomen el programa como parte fundamental de sus, de su pega. Es un programa institucional, cosa que nosotros no hemos querido dejar de lado nunca. Así como dato, hasta hace unos dos o tres años, yo llevo aquí tres años, la cantidad de escuelas que tenían programa de integración yo creo que deben haber sido poquito más de la mitad de las que tenemos hoy día, así que la mayor incorporación de escuelas se ha dado en los últimos tres años. Y eso tiene que ver con la política coincidente con el área de Educación, y del MINEDUC en lo macro, de propiciar que todas las escuelas sean inclusivas; y que las escuelas tengan una mirada más abierta de lo que son las dificultades. El criterio antes era más de exclusión: a lo mejor no era consciente pero, cuando un niño tenía dificultades, se pedía ayuda para pesquisar y derivar a aquella escuela que tuviera bonos. Y a partir de esos tres años que te digo yo, la mirada que se ha tratado de propugnar es que, ok, yo te puedo apoyar con un pesquizaje, pero la idea es que tú como escuela puedas enfrentarlo de la mejor manera, y si tienes que incorporar profesionales o enriquecer tu [...] ahora nosotros lo hacemos. Pero no avalar para derivar.

19. A: Y eso ¿Cómo lo han tomado las escuelas?
20. C: Uh, de diferentes maneras. Pero yo diría que hoy día hay una aceptación generalizada a la lógica de la inclusión. Y que yo creo que tiene que ver con un correlato porque, cuando antes tú evaluabas –cuando digo antes, estoy hablando del año, seis años atrás- tu evaluabas, pero tú no tenías mucho que ofrecerle a la escuela; yo te puedo decir que tú tienes un niño, un ejemplo drástico, te puedo decir que tú tienes un niño autista, o que tienes un niño sordo, pero aparte yo decirte eso, yo como sistema o como profesional del sistema, no tengo mucho que ofrecerte a ti como escuela. O te puedo hacer un diagnóstico, te puedo dar orientaciones, pero el trabajo pedagógico de ese niño en el aula yo no lo puedo abordar porque, cómo abordo yo eso si no soy parte de tu comunidad educativa, ni tengo los tiempos para ello, y a lo mejor ni siquiera tengo la experticia profesional para abordar específicamente ese problema. Entonces, lo que empieza a hacer el Ministerio, a potenciar el área de Educación Especial, por tanto la subvención especial que reciben los establecimientos, el sostenedor, por los programas, es importante. Es decir, tú puedes dotar de equipos profesionales a las escuelas. Entonces si hoy día tu diagnostica, o tú detectas una necesidad, tú le puedes decir a ese director, o a esa comunidad, le puedes decir “tiene estas dificultades acá; nosotros tenemos éstas herramientas, ¿te interesa? Porque nosotros podemos incorporarlo en tu escuela” Entonces ya el director no queda solo en esa.
21. A: Entonces de esas 42 escuelas, estarían grupos de trabajo digamos, anterior de las escuelas.
22. C: Correcto.
23. A: ¿Y eso son los grupos diferenciales?
24. C: No necesariamente. Hoy día una escuela te va a tener, o todas o algunas de las cosas que te voy a mencionar: un grupo diferencial, que está el inserto, con un horario, coordinadora con un área dentro de eso; un programa de integración, en una o más de sus áreas de ejecución, lo cual lleva de la mano a lo menos a una docente especialista, y a profesionales de apoyo –psicólogos, asistentes sociales, fonoaudiólogos- orientados al trabajo educativo del niño de esa comunidad, y que tiene horarios semanales de trabajo con esa escuela; y paralelo a eso, el otro grupo que vas a encontrar, son profesionales de apoyo que entran por la vía de la ley SEP, una ley del MINEDUC, para mejorar la calidad de los aprendizajes, y en base a eso las escuelas tienen autonomía de poder incorporar profesionales y cancelarlos bajo los montos que los ingresan todo ellos. < y yo creo que eso se ve más que nada en que hay común y poca experiencia al trabajo en el área con NEE; porque en todo sistema se tiende, consciente o inconscientemente haciendo diferencias entonces, así como en las escuelas particulares, así por eso en zonas, entre comillas “atienden a chiquillos que tienen menos dificultades” (bueno, Ciudad 1) y en las comunas se empieza a producir esto de que hay escuelas que se hacen más cargo de las dificultades que otras, y que tiene que ver con lo que les toca enfrentar; si llega un padre a

una escuela que está en una población con alto índice de vulnerabilidad de Ciudad 1, obviamente que esos profesores, y ese director, y esa comunidad, está mucho más sensibilizada con el tema: que una escuela que a lo mejor recibe, porque tradicionalmente ha sido así, a niños con menos dificultades. En esa escuela yo, cuando yo hablo de la diversidad o hablo de las diferencias, le estoy hablando muchas veces en un lenguaje que ellos no van a comprender: porque sus dificultades son muy distintas a las que tienen los diferentes [...] en un cerro de Ciudad 1.

25. A: Perfecto.

26. C: Un profe se va a encontrar con que en el liceo, antes de preocuparse se tiene que aprender a leer, o a escribir. Perdona, lo burdo del ejemplo: se va a tener que preocupar de que los niños tengan sus necesidades básicas sin amenazas, conseguidas por su derecho escolar. Y va a tener que trabajar sobre eso, sobre hábitos. Mientras que a lo mejor una escuela que trabaja, y digo en el plan por señalarlo no más, no hago la interacción a priori, pero, su objetivo va a ser avocarse a que el niño lea y escriba; porque a lo mejor sus hábitos ya vienen concebidos. Entonces obviamente para nosotros como equipo, donde trabajamos con esas escuelas, hay que explicarle con muchos más detalles, que entre el otro nivel de sensibilización porque ellos no están tan habituados a trabajar con la diferencia po. Hay una selección natural, obviamente. Entonces, ¿cuál es la intención? La intención nuestra es que todas las escuelas, estén donde estén, y sea la población que sea, esté en condiciones de atender la diversidad, y es un desafío del sistema, digamos, más allá del programa. Y tiene que ver con, cuáles estudios hacen, por ejemplo.

27. A: Ya, y enfocándonos un poco a eso, tú me decías que estaba este marco, digamos, como estas tres instancias. Estaban trabajando en el colegio grupos diferenciales, profesionales SEP y por otra parte los programas de integración respectivos.

28. C: Claro, igual que HPV

29. A: Ya, ahí se...

30. C: Ahí se completa el círculo

31. A: Todos ellos estarían a cargo, en este caso, del SDA, en establecer este pesquizaje inicial; la sospecha del más...

32. C: Es que, no sé si es tan *a cargo*, yo creo que ahí hay un punto. Porque si tú investigaras más, lo van a saber ahora; ninguna de los puntos que yo te mencioné, o de las entidades que te mencioné, corporativas, se atribuye por sí sola la responsabilidad de la pesquisa de los niños con DA. El HPV tiene instrumentos de pesquisa notables, importantes, validados a nivel país digamos, y da una información importante e indicadores importantes en la primera infancia, digamos. A mí, menores, chiquititos que están recién conociendo el sistema [...]. Eh, sin embargo aquí no es problema de sistema: no es problema del sistema

el que, y que o va ser sorpresa para ti, que el DA se transforma en una clase de *cliché*, o de diagnóstico *cliché*, al cual le colgamos mil aderezos po, mil significados; entonces, diferentes estudios nos hablan de que la proporción de niños con DA no debiese ser superior a un x%, es decir, un 5%, por ahí se hablaba de... pero si tú haces una encuesta, sin profundizar, y tuvieses en una escuela x, o tomas toda la escuela y dices 'cuántos niños con DA tiene'; te vas a encontrar docentes, directores, te van a hablar de, hay una 'cantidad importante' de niños con DA, porque en ese saco se mete a todos, niños con dificultades conductuales, o niños que tienen problemas en el vínculo, o emocionales, y que su traducción en la conducta es *desorden*, o es incapacidad para poder vincularse en un contexto de aula. Entonces, yo creo que el primer punto, ponerse de acuerdo, decir ya... perfecto, lo abordamos, pero DA es *esto*... todas estas otras cosas, son elementos distintos, y esa es una cultura que hoy día en las escuelas, todavía no está ordenada, es decir, hoy todavía tú puedes recibir una derivación por DA siendo que tiene niños que si tú vas a los criterios diagnósticos, debe cumplir un 50% de los, de las variables, entonces... Pareciera que se da de esa manera, entonces, el HPV detecta y tiene un alto nivel de precisión en eso como [...], pero la escuela, y esto aumenta: la demanda del equipo del HPV es mayor a lo que ellos pesquisan en los instrumentos; y en ese compromiso y contraste entre lo que ellos pesquisan y lo que deriva la escuela, el cruce de eso, nos arroja una cantidad importante de niños, me imagino yo, que presentan *otras* dificultades, que no tienen que ver con el SDA, pero que son un problema para la escuela.

33. A: Me da la impresión que esto está focalizado mucho en problemas que tú hablas de, de la escuela, porque [...] dijo de su instrumento, que lo aplicaron con padres como...
34. C: Claro, padres y profesores... y son instrumentos de observación, de apreciación de...
35. A: Sí. Entonces esta conducta manifiesta que ellos observan, digamos en el TOCA-R, que es el que se le aplica a profesores. Obviamente está con estos resultados de 5%, en que nos comunicó que era mucho, incluso menos que el 5% que es lo que arrojaba que tenía un índice crítico digamos de hiperactividad... pero que al parecer está la escuela, y que tiene mayor demanda y él observa que son muchos, es decir, como que 'no, tiene que ser mucho más los que tienen este...'
36. C: 'No, no puede ser, no puede ser' te dice el profesor, 'yo tengo problemas con Juanito y Diego, y, y Susanita y'... son muchos. Claro...
37. A: Pero el tema ahí, a lo que va la pregunta. Un poco, ¿desde la escuela, que no se acepta este como...?
38. C: Mira, yo no sé si la escuela no lo acepta, yo creo que no tiene por qué no aceptarla. Tengas que, ellos tienen un problema real. El problema real está en el aula: el problema real es que, X cantidad de niños no avanza, o no pueden adaptarse a un sistema de trabajo digamos, pensando en un... a un sistema de trabajo 'productivo' en el término de que, no logran los aprendizajes que ellos esperan, como escuela. Por efecto, traducido, el profe

‘no puede trabajar con ellos’, y a eso le pone un nombre; y como el nombre más común de un niño que no aprende en una escuela es el SDA, se lo cargan al SDA. Ése es el tema de las escuelas: yo no digo que la escuela lo invente; digo que la escuela tiene dificultades con un importante grado de niños; y a ese importante grado los tira finalmente a la misma ‘isapre’, y hago el parangón con lo que pasa con el bullying; hoy día cualquier dificultad de relación es ‘bullying’. Y está probado que el bullying es algo, usando ese concepto digamos, un porcentaje X: pero hoy día cualquier dificultad de relación para la escuela es bullying. Entonces, si yo tomo sólo las referencias, el bullying como concepto se me dispara conceptualmente al techo, ¿no cierto? Si fuera acucioso en su revisión me daría cuenta que está restringido un porcentaje menor, y que en muchos otros temas, que son parientes cercanos, pero que no son bullying, pero están en la escuela, es una dificultad para la escuela, y la escuela los mete ahí; o los apoderados, o la sociedad, o la comunidad educativa les pone, ¿por qué? Porque aceptan pobres ahí [...] ¿me explico? Sin querer hablar el concepto, pa ná. Entonces, en el instrumento de análisis tú le pasas eso [...]: el que usa HPV, creo yo, es el más indicado desde el punto de vista educativo; yo estuve un tiempo trabajando en el HPV cuando recién a la corporación. Y los conozco, y son perfeccionados, y ese instrumento validado en el país, entonces, yo creo que se respeta. El tema es que a las escuelas hoy día se producen dificultades con X cantidad de niños, niñas, que ellos por una cuestión, natural de asociación dicen ‘ah, tengo *tantos* niños con hiperactividad’. O dicen, sin ser profundo el análisis de lo que significa decir eso, ¿no?, entonces lo que nos pasa a nosotros como programa está en eso: nosotros tratamos niños con discapacidad, y nos piden pesquisas, entonces hoy día un profesor tipo te dice “yo en mi aula tengo muchos niños con discapacidad” entonces lo que nos corresponde a nosotros como PEI es decir “a no, esto, profesora o profesor... no necesita... es un niño con dificultades de aprendizaje, pero ¿*discapacidad* como tal?” bueno depende del caso, “*usted no tiene ninguno, o tiene uno, o dos*”

39. A: Quiero hacer ese hincapié, en eso de como tu pusiste la mano como en ese ‘parelé’ que se le hace desde distintos programas a este profesor que está sobre-demandando diagnósticos, digamos. Entonces...
40. C: Ahora, ese profesor es sobre-demandado por la realidad. Eso que quede claro; no es que el profesor demande porque quiere demandar; él demanda porque se siente demandado.
41. A: Perfecto, es como una cadena digamos de... entonces se siente sobrepasado y también le pide al programa un poco que...
42. C: Claro, a los personajes de apoyo les pide esto ¿no? sí, correcto.
43. A: Y ahí ¿cómo se maneja el tema de decirle *no* al profesor? En el caso de HPV, es decir, qué pasa cuando se les da este caso de que son un 5% casi a la escuela. La escuela entonces va a ir hacia otros programas, acudiendo con aumentar un poco...

44. C: Sí, yo lo que suele pasar en la práctica es que por más información que tú des, o, yo creo que el concepto clave entonces es *sensibilización*, es *información*, informar bien a la comunidad sobre lo que significa un SDA, o una discapacidad, o una dificultad de aprendizaje, cosa que se han hecho tradicionalmente... eh, no hemos adolecido de ello como sistema, pero de lo que no hemos sido capaces como sistema es de transformar eso en un barco, en algo que la escuela adopte. Entonces, tú tienes que estar como, como los chiquillos que se van de vacaciones, y vuelven de vacaciones y vuelven como si no hubieran aprendido nada, así dicen los profes... bueno eso nos pasa a veces con las escuelas, eso po. Tú trabajas un año un tema fuerte, y al otro año tú te das cuenta de que es necesario retomar ese tema, porque es algo constante. Ahora, por un lado como programa trabajamos la sensibilización y la información: eso es fundamental. Ahora, dentro de las escuelas, como en muchas instancias de trabajo, suele pasar a veces que las escuelas van por un lado, y si no resulta por ese lado –entonces yo le pido ayuda a otra persona que venga por este otro tema, le digo ‘tengo problemas con este niño’. Que es lógico: yo [profesor] pensé que él [estudiante] tenía este problema, y lo derivó al HPV; y me dicen ‘no pero es que el niño no, no, no es un niño con SDA; tiene esta dificultad de que’... entonces, yo como, yo como docente decir ‘sí, podí tener...’ entonces, va a pedir otra opinión. Entonces tener los profesionales de acá, que te pueden pedir... es natural, se da. Ahora, lo nosotros estamos propiciando como sistema que, y por eso las reuniones que estamos teniendo como [...] en otra instancia, es que nosotros seamos una sola voz dentro de las escuelas: entonces que estos programas estén coordinados, de manera tal que la escuela tenga una voz única en términos de concepto, y en términos de procedimiento. Si yo tengo dificultades en un curso X, con tales niños, bueno; entonces, *esta* es mi red de apoyo interna, estos son los programas que tengo insertos adentro; bueno, me junto con ellos en la mesa de trabajo que se está propiciando en las escuelas, analizamos los casos y tomamos el camino que se va... el mapa como estamos los profesionales, ¿me entiendes?
45. A: Pero eso se está trabajando...
46. C: Eso, eso empezamos a hacer a ahora...
47. A: Pareciera que esa fue como una dificultad en un momento en que empezaron a observar que había distintos programas al interior de las escuelas, y cada uno manejando así como...
48. C: Yo te diría, hay mucha base en que si el problema no [...], porque políticas ministeriales operan con la lógica de que ‘hay que sumar’, hay que apoyar; y todos estamos de acuerdo en eso. El tema es que cuando tú sumas y apoyas, pero no hacís la suma ni el apoyo de una manera coordinada y ordenada, hay escuelas que... no sé, tienen muy poca matrícula, y tienen una cantidad de profesionales de apoyo y de programas increíble: entonces a veces tú te encuentras con que tienes 3, 4 programas de apoyo, y 6, 7 profesionales en un establecimiento con una matrícula que no excede a las centena de niños po... versus

liceos, por ejemplo, o escuelas con una gran matrícula, que puede que tengan menos programas, y tienen menos después con sus profesionales... ¿me explico? Entonces; que es lo que ocurre, que de repente las escuelas se encuentran con una serie de programas, de iniciativas ministeriales, de profesionales de apoyo. Pero no se ha dado de manera sistemática –recién se está dando este año por una intención de Corporación-, se había intentado de dar; es decir, que esté ahí lo señalado, y hay una razón pa ello. Se le da un ánimo de ordenar digamos. Muchas veces eso como no es algo coordinado, y programado, intencionado; esos esfuerzos se pierden, no tienen un impacto; porque van en la fuerza común, y por lo tanto se disgrega...

49. A: Y ¿por qué crees tú esto de que tener hartos profesionales en una escuela que no tiene número... que no se justifica por el número de matrículas? ¿Por qué crees tú que pasa eso? De dónde viene esa...
50. C: Bueno, porque a veces nos, nos enredamos con el [...] las dificultades, habla como sistema. Nos avocamos mucho a tratar de resolver la dificultad: pero a veces se parte con la convicción errónea que yo tengo que *sumar* cosas pa poder resolver la situación; y se hace poco análisis de los recursos reales que tengo para resolver la situación. Eh, te lo pongo como ejemplo algo que pa mí es clave, y que hace que esta cosa se empiece a ordenar: hay un decreto nuevo de Educación Especial [...] que incorpora el SDA como una de sus áreas de trabajo; y que nos lleva al equipo a indagar en las escuelas, sobre niños que tienen diagnóstico, y medimos el diagnóstico, hablamos con los médicos, hablamos con profesionales capacitados y valorados por ellos. Entonces, en ese decreto también plantea que los programas de integración son ‘programas de apoyo a la comunidad escolar’, y que no sólo al niño: no es que el niño tenga a un niño, y yo lo atienda para que se mejorar. De repente trabajo sobre la comunidad educativa, para que el niño sea incluido: pero utilizar al máximo de los recursos: yo decía, cómo miraba a los que estén ahí con un aprendizaje; entonces la mirada es distinta. Entonces, para llegar esa mirada, para concretarla, tú qué tienes que hacer, tienes que favorecer las articulación: el intercambio entre las personas que están en el presente, entonces, nos obliga a nosotros como programa y como sistema, a instaurar dentro de las unidades educativas, espacios de articulación entre educación [...], y los profesionales en conjunto. Todos.
51. A: Perfecto. Ese es el giro que tú me dijiste que se dio este año, ¿no? ahora, la articulación entre los distintos profesionales y, los docentes, digamos, ¿cómo se hace? En el caso... vamos por parte; en el caso de como, de la sospecha y del diagnóstico, cómo ustedes como programa de integración, se relacionan con, o son estas articulaciones con programas. Qué hacen ustedes, como en el caso de...
52. C: Depende del curso y depende del nivel. Nosotros partimos porque los niños pequeños, primer ciclo principalmente, que es donde se centra la mayor parte de la sospecha, o de las derivaciones por ese tema, digamos... El HPV tiene la voz cantante.
53. A: Sí, él había de estar la vía digamos en que termina...

54. C: Por instrumentos, por historia, porque es un poco un nudo subjetivo de trabajo: con anticipación nosotros detectamos a un niño con esas características
55. A: ¿Con índices críticos?
56. C: Generar... nosotros no detectamos con Índices Críticos (IC) porque eso lo manejan ellos. Pero si a nosotros; si alguna escuela nos deriva, o aparece un niño con déficit mental, nuestra primera intención dentro de la escuela es poder contactar al profesional del HPV que está en esa escuela. Y si está, ¿qué es lo que están ustedes? ¿qué han hecho ustedes? ¿qué han visto?... en el caso de que escape a la población que tiene el HPV, nosotros como programa hacemos una entrevista con el educador, y orientamos un poco la escuela a llenar a llenar los documentos necesarios para hacer la interconsulta real dentro del consultorio. Para [...]
57. A: *Interconsulta*, y, esa interconsulta ¿es con el consultorio?
58. C: Sí, usamos al consultorio, sí. Después tenemos el Hospital 1, que tiene como pre-requisito que *tiene* que pasar por consultorio... [corrige] afirma.
59. A: Una consulta. Tú me hablaste que, los que se *escapan* el HPV, y los que se escapan volviendo a tomar en cuenta de que el HPV de este año tal vez está trabajando con segundo ciclo, es decir, ampliaron desde 1° a 8° básico...
60. C: Por lo tanto a veces son menos los que se escapan... Debiesen ser, porque nosotros recién los estamos contactando ahora, que es cuando hemos estado pesquizando
61. A: Pero antes entonces, los que se escapaban, tú te estabas refiriendo a los anteriores, a que fuera considerado segundo ciclo, los que se escapaban generalmente eran los de segundo ciclo.
62. C: Sí, correcto. Y con esos niños lo que se podía, no sólo desde los programas de integración, sino de sistema, era enseñarle a la escuela los procedimientos para poder hacer una derivación correspondiente con los canales que corresponde. Eso es lo que se hace, o sea, el Director, Escuela, consultorio, [...]
63. A: ¿Y cuáles son esos procedimientos?
64. C: Tener la documentación adecuada el informe que lo avale, que se adecúe
65. A: Ahí aplicabas el [...]
66. C: El informe del profesor de aula... y eso copia al apoderado para que el apoderado pida hora en el consultorio, médico general, muestre la profesión se haga la interconsulta...
67. A: Y eso en tiempo, ¿cuánto es?

68. C: Cuando se hacía siguiendo todo ese conducto, se podría durar pa tomar un caso, 3 meses... como me tocó ver un mes...
69. A: Hasta que tenían la...
70. C: Cuando tenía la consulta real con el médico. Ahora...
71. A: Ya, ahí me voy a detener, porque esa consulta me parece ser, ustedes como, entonces, como programa de integración...
72. C: Como área de Educación
73. A: Como área de Educación...
74. C: Como área de Educación, le damos las instrucciones a las escuelas, y las escuelas lo usan como un mecanismo de apoyo... no es que el programa de integración hace una derivación...
75. A: El área de Educación---
76. C: Es la escuela. Es la escuela, a través de su Director, que instruye al apoderado para buscar un centro de salud, ¿ya?, no es ni un programa; es el apoderado, y si el apoderado lleva los papeles que la escuela le pide...
77. A: Perfecto. Entonces ya, tenemos un apoderado que tiene sospechas en el fondo... no, un profesor, un docente que tiene sospecha de un caso con SDA: entonces ustedes buscan la instancia en que se le haga llegar la documentación al padre para que se acerque al consultorio y ahí.
78. C: Analice las necesidades para que se vean lo antes las consultas, correcto.
79. A: Perfecto, pero ¿el consultorio es atendido por un psicólogo?
80. C: Un médico general.
81. A: Entonces, tendríamos una instancia que no tendría esta entrevista con psicólogo, pasaría directamente a entrevista con el médico
82. C: Cuando están en un programa, o las propias redes profesionales de apoyo, esta entrevista está, es el primer registro de la escuela. Porque, rara vez un colegio te va a mandar a interconsulta así, sin pasar por el ojo de algún profesional...
83. A: Entonces, la escuela busca este profesional de apoyo que está
84. C: En su red interna: HPV, el PIE, profesional SEP...
85. A: Entonces busco programa de integración digamos, al profesional que, digamos, la orientadora o la psicóloga del programa. Entonces, con la visión de la orientadora, con el

diagnóstico que hace esa persona además de los otros documentos, lo derivó a la interconsulta.

86. C: Correcto; toda esa documentación ese la paso al apoderado pa que haga la interconsulta, exacto... salvo que, el niño caiga dentro de alguno de los protocolos que el HPV maneja, es decir, son de vías directa hacia el Hospital, o que tienen... y desconozco el detalle efectivo, pero al parecer tienen un protocolo de acuerdo que permite que las horas médicas sean con mayor rapidez; o tienen un índice como de priorización. Entonces, cuando van con fichas del HPV o con fichas del PIE por lo general, se le dan prioridad a las horas de asignación, de atención. Tradicionalmente ha sido así. Por lo tanto el HPV como nosotros nos hemos acercado al Hospital, y hemos conversado con los médicos; por tanto ellos saben que hay una pesquisa hecha antes, o sea, no viene directo. Y te lo marco según cuando tú hables con salud, la gran dificultad de Salud es que, les van a decir que les llegan de las escuelas casos que no saben por qué les llegan, que 'nos llegan además las cuestiones a las escuelas y yo no sé para qué las envían, yo no sé si necesita atenciones el profesor, no el niño'... pero, y eso tiene que ver con que si no hay un filtro antes de la escuela, claro, les va a llegar de todo. Les va a llegar de todo y a veces, nada que ver con lo que están pidiendo. Entonces, para el Hospital lo que hemos tratado es plena garantía; que tanto el HPV como nosotros seamos filtros que permitan a los médicos, tener la seguridad de que si les llega una derivación desde acá, es porque hay un trabajo previo, hay una pesquisa previa.
87. A: Claro, es que me parece que cuando se ha hecho este filtro, como por el HPV también, ya no es el Conners el que dictamina ahí, sino que... el informe del instrumento, que ellos tienen. Pero como estábamos hablando, había un, habían casos que se le escavan digamos a este informe, y que ahí son los otros profesionales que están trabajando los que en el fondo diagnostican.
88. C: Y ahí se usa el Conners, se usan instrumentos profesionales...
89. A: Y varían mucho, o sea un Conners, que obviamente usar...
90. C: O sea, en extensión, en calidad de la información, dado ahí lo que prima es...
91. A: ¿Aumenta, digamos, eh...
92. C: ...el índice de error? ¿O de...
93. A: No, no, de variación de la información.
94. C: ...sí. Claramente, el TOCA-R y el PSC [...]son instrumentos que de sistema mayor, se ajuste a las comunas [...]. Pero hay instrumentos que todavía no se le sacan todo el partido que puede.
95. A: Y al tener el Conners obviamente aumenta la cantidad de alumnos que...

96. C: Obvio, claro, confirman un poco. Avala. Dame menos información y menos exacta. Entonces, cierto que no son instrumentos que todavía no se les saca todo el partido a nivel corporativo. Por ejemplo, nosotros tenemos que pesquisar niños para SDA [...] Sin embargo por, por el tiempo, por los formularios que se nos piden a completar en Chile; nosotros, y yo creo que lo vamos a hacer pal próximo año; debimos haber partido con la previsión/prohibición de los instrumentos que se han [...]. Pero como los tiempos de respuesta que tenemos son mínimos, no nos permite hacerlo. Por lo menos para esta primera postulación.
97. A: Esta primera postulación, ¿en qué consiste? Este como programa.
98. C: Consiste en enviar la, o certificar frente al ministerio, niños o niñas que presenten un diagnóstico definido, en este caso de SDA, y que ese diagnóstico genere NEE, que en este caso son del *transitorio*, y que a cualquier red de apoyo en específico dentro de la unidad educativa, para poder favorecer el desarrollo de la vida de los chiquillos...
99. A: ya, entonces ustedes ya trabajan a partir de diagnóstico general.
100. C: General, grande. Todos los niños con SDA que se van a trabajar este año, en programas de integración, son niños con diagnósticos hechos por otros profesionales; no por los del programa.
101. A: Perfecto. Y el próximo año ustedes como programa...
102. C: Queremos motivar que las pesquisa sea hecha desde nosotros, usando los instrumentos que el sistema tiene y que han demostrado efectividad, como son [...]
103. A: Entonces, este año ustedes están trabajando ya con diagnósticos pre-establecidos.
104. C: Correcto, y con una cantidad pequeña, de niños, de casos. Pocas escuelas, pocos niños. ¿Por qué? Porque no teníamos respaldo de los informes, o de instrumentos que a nosotros nos dieran plena seguridad y tranquilidad de que esos niños que presentan este diagnóstico, y con la consiguientes NEE.
105. A: Ya, [...] para ustedes.
106. C: [...] pero claro porque, tú al hacer la postulación al Ministerio, estás dando plena garantía de que sólo el grupo que corresponde, y de que tú te comprometes a dar los apoyos necesarios para el contexto escolar. Entonces, si partes de la base de [...] profesionales con los cuales tú no te has podido, o los informes no son muy precisos, o el apoderado demuestra discordancia con lo planteado, o informes que [...] y otro te dice algo distinto, eh, 'en dónde me apoyo'. Podría ser en una pesquisa, podría ser un estudio del caso; pero no tenemos el tiempo para responder...
107. A: Esa es parte de las dificultades que ustedes...

108. C: Claro, claro. Nosotros el 15 de Abril teníamos que tener todo cerrado y presentado en el Ministerio.
109. A: Perfecto.
110. C: Y obviamente en una población escolar que se venía incorporando el 3 de Marzo. Y que tiene que pasar por un período de habituación en las escuelas, eh, no alcanzas a hacer un proceso que sea objetivo de evaluación y postulación. Por lo tanto nuestra apuesta como sistema es, nos postulemos y hagamos un proceso de marcha blanca, este año, haciéndonos [...] este año pero con instrumentos con un proceso controlado desde nosotros.
111. A: Desde ustedes...
112. C: Claro, exacto.
113. [Interrupción, A pide un minuto]
114. A: Entonces, eso por una parte, C. Pero también eh, lo que tú nos estás hablando acá, esto de, volviendo a esto de, del decreto 170, y de incorporar eh SDA como una necesidad educativa transitoria. Según lo que crees tú, esto, ¿aumentaría, tendría impacto digamos en el nivel de presencia del SDA en las escuelas?
115. C: ¿El hecho de que se reconozca como una necesidad educativa especial? Apreciación muy personal... cada vez que tú abres una iniciativa, cada vez que tú abres de una iniciativa de pesquisa o de [...] vas a tener un plan... porque, así como muchas escuelas derivan niños que no están dentro de la categoría, hay escuelas que no derivan. Porque no saben que tienen esa dificultad en el curso. Te voy a dar un puro ejemplo: cuando yo, entre comillas, 'convenzo' a los directores dicen 'chuta, necesito un programa de integración, necesito apoyo en ese lado; yo tenía niños con discapacidad en mi escuela', le aseguro que no es así. Lo aseguro. Voy cuando quiera con mi equipo; y le aseguro que no es así. Te voy a poner en otro caso: hemos ido a esas escuelas, y hemos, después de hechas las evaluaciones, las entrevistas, yo digo 'todos estos alumnos en su escuela presentan discapacidad en tal o tal área, y trabajan' [...] y le aseguro que los profes tienen dificultades con esos niños, pero no tenían idea que eso se debía a que el niño presentaba tales dificultades, o qué se yo. Pero aquí está: niños autistas, de alto funcionamiento; o niños Asperger. Antes, un, dos, tres casos... Ahora, pero sí a mi me dicen 'potenciamos a estos chiquillos, hagamos un programa de integración pa estos chiquillos, pero háganlo'; el año siguiente, quince alumnos. Por qué; porque lo que las escuelas sabían es que tenían niños que presentaban dificultades, niños *extraños*, niños que no saben cómo trabajar con ellos. Entonces fuiste, pesquisaste, evaluaste, y tenía [...]. Exacto, claro. Entonces las escuelas a veces derivan a muchos niños; pero esos niños deberían, no son los que realmente tendrían que derivar po. Por qué, porque que el niño tenga dificultades en su aprendizaje, no nos está dando una situación de fondo: a veces

una cuestión metodológica del profe, puede terminar con ese problema rápidamente; pero hay cuestiones de fondo que a veces -como de privilegio, pero es una exageración que me va a dar generalidad- [...] si yo trabajo con un todo, niños o... desconociendo un poco la diversidad que tengo en esa aula, estoy trabajando con una sola metodología; y lo que no me calce dentro de esa metodología va a ser un problema pa mi. Y esa, esos niños que están traspasando... yo no puedo trabajar con ellos. Y *tení leve problema*. Y a veces un niño con discapacidad, o un niño en dificultad, le puede lograr cosas; pero no por eso deja de presentar NEE. A lo mejor está logrando las cosas, pero a lo mejor yo no estoy logrando el óptimo desarrollo de ese niño: un niño Asperger, sin apoyo, me puede lograr muchas cosas en el aula, puede estar a la par de sus compañeros; pero su potencial yo no lo estoy aprovechando. Porque si algún conflicto y derivando al que presenta una dificultad, que si yo le voy a cambiar la metodología de trabajo, voy a tenerlo todo solucionado; y el niño que tiene la dificultad real no lo estoy apoyando...

116. A: Pero es súper interesante lo que dices Carlos; porque nos aproximamos acá al abordaje del DA, y de cualquiera NEE, pero es en este caso, del SDA. Porque pareciera ser que, por una parte tú crees, claro, va a aumentar esto de 'sensibilización' en las escuelas; hay escuelas que claramente antes no entendían del tema, y a lo mejor ahora sí, y van a querer realizar mayor pesquizaje, van a tener mayor sospecha diagnóstica, y van a aumentar los diagnósticos probablemente de *esas escuelas*...
117. C: Yo creo que lo que va a aumentar es la solicitud de nosotros. Yo creo que eso sí va a aumentar, sí o sí...
118. A: Tú pensabas en muchas más solicitudes de evaluaciones...
119. C: Lo cual apunte a: mayor cantidad de niños diagnosticados con SDA; pero no porque sean más casos, sino porque los vamos a *conocer*. Porque ya no los conocemos todos.
120. A: Pero claramente tu enfoque, coordinando un proyecto, me parece ser que es como conocer quiénes son estos niños, para brindarles una metodología propicia a sus necesidades, digamos, educativas especiales. Ahora, pareciera ser, es decir que, se tiene esa parte, pero no todas las escuelas tú me decías; por una parte, no todas las escuelas cuentan con proyecto de integración; y por otra parte, no todas las escuelas tampoco cuentan con grupos diferenciales.
121. C: Claro, la mayoría, pero no todas. La mayoría tiene, pero no todas.
122. A: ¿Esa sería una dificultad? Porque pareciera ser que, claro, es decir, las escuelas que tienen esos recursos, van a poder brindar este tipo de intervención. Pero la otras escuelas...
123. C: Pero, mira ahí hay una acción intencional... Cualquier escuela que no tenga programa de integración, que no tenga, y que presente necesidades, sabe, y tiene claro,

que haciendo una petición al Señor M (...) nosotros como equipo vamos a darle apoyo. Si la escuela X, no tiene programa de integración, pero tiene serias dificultades con algunos chiquillos, es decir, cierta dificultad en su proceso como proyecto educativo; si es que hay chiquillos que se le escapan, ellos si hacen una petición a la Dirección, nosotros como equipo, o cualquier equipo va en apoyo. Y pesquisa, ubicaciones, sensibilizaciones...

124. A: Entonces, estaría esa solución. Ahora, dentro, ese es el caso hipotético. Porque en el caso real, se da también.

125. C: Se da. Yo he ido a escuelas, o le he pedido a gente de este equipo, que vaya a escuelas porque si no ha hecho una petición de poder indagar sobre qué está ocurriendo con esos chiquillos, no va a pasar. Y a partir de eso, muchas de las escuelas que se incorporaron ahora, ¿te acuerdas que te dije? Que se, [...] se creció mucho los niños. Creció por eso. Nosotros [ríe] cuando yo le dije a la gente, le dije 'nosotros estamos equivocados, porque nosotros les vamos a decir a los colegios *ustedes necesitan y nosotros no*', tenemos que tomar la necesidad de ellos y ahí... Y ¿cómo yo voy a tomar la necesidad? Diciéndole primero la oferta: diciéndole, 'si usted necesita ayuda, ya'... porque va a tener necesidades, siempre. Mañana, nosotros entramos, pesquisamos, y le devolvemos 'esto es lo que está pasando'

126. A: Ahora dentro de este abordaje ustedes tienen relación con el Área de Salud.

127. C: Sí.

128. A: Ya, y ¿cómo sería esta relación?

129. C: Mira, nosotros, como trabajamos áreas muy específicas, nos vinculamos con los distintas áreas del Hospital principalmente.

130. A: Pero en SDA... ¿cómo han sido...?

131. C: En SDA nosotros recién lo vamos a implementar este año... nuestra idea es articular con los profesionales que están atendiendo a los chiquillos. Me explico: como los diagnósticos son diversos; no son sólo del Hospital -hay médicos particulares- nuestra idea es generar articulación entre los profesionales que van a ser de nexo con las escuelas, de apoyo; con estos profesionales de organización [...]. Entonces, yo tengo que generar espacios de articulación entre quién es el representante del programa *en* la escuela, que va a la escuela; y quienes hacen el diagnóstico de tratamiento de los chiquillos, médico; y eso lo profesionales que hacen los diagnósticos determinan a los chiquillos. Pero en el programa de integración no se explora la atención médica: lo que nos corresponde a nosotros es que, las NEE estén siendo abordadas y consideradas en la Planificación, que sea, curricular, y en la Evaluación. Y como un nexo, el 'salv guarda' [...] que las atenciones médicas que un niño necesita para mantener este estado, se esté desarrollando de una manera OK. Y el profesional que trabaja afuera, que no tiene ningún acceso a la escuela, que manda eventualmente y muy de vez en cuando, y que la escuela... lo que necesita, es

alguien que le cuente cómo va este chiquillo en el ámbito escolar: porque de eso dependen también muchas de las cosas que yo me propongo promocionar. Por lo tanto, lo que nos corresponde a nosotros como programa, es ser un poco 'puente'; como mediar un poco estos profesionales [suena el teléfono] yo tengo que ser capaz de facilitar el intercambio desde muchos ámbitos. Ahora, el Hospital, cuando es el caso, es mucho más favorable para nosotros; porque podemos fijar una reunión periódica –nosotros nos reunimos con las personas del Hospital, con el equipo de intervención del programa; rápidamente en una mañana de trabajo sacamos de todo... Pero nuestro centro tiene que ser en una atención pedagógica de esos chiquillos.

132. A: Y eso, claro... y eso ha sido, eso tú lo presentas como los desafíos que tienen ustedes como programa, al incorporar el SDA. Y lo que ha sido anteriormente, en relación al SDA, ¿cuál es la diferencia, un poco?
133. C: La sistematía [sistematicidad] [...] Porque... porque se ha reducido a, a que el niño tenga, nos hemos conformado como sistema, a que el niño actualmente sea identificado y tratado. Pero el impacto de eso en lo educativo o el desarrollo de la calidad de vida de ese niño en el sistema educativo, no ha sido muy de a poco... Se sigue. Entonces, hasta dónde llego... ¿hasta que llegue al Hospital, a un neurólogo que le dice 'sí, tiene DA y estos son sus medicamentos'? ¿hasta ahí llego?
134. A: Al enfoque medicamentoso, digamos, y eso un poco, es como el enfoque, esta cultura, digamos, escolar... ¿ha tenido también ese enfoque, de que, SDA-diagnóstico-e intervención medicamentosa?
135. C: Claro; el sistema educativo fue *adoctrinado* en términos de que cualquier cosa-- y les da lo mismo. Tú háblale, hay psicólogo, hay psicólogo en las escuelas. Y ¿cuántos alumnos atienden?, y yo me preguntaría, por qué el psicólogo tiene que atender niños. Por qué un psicólogo en una escuela, o tiene que hacer intervención clínica... Esa es la misma pirámide que usa el HPV: la promoción es hacia *todos*. La promoción y la derivación, o atención específica, son el ápice; son un factor [...]; territorio de los profesionales tienen que ver con, con potenciar esa comunidad educativa, que esperó que todo un problema se acapare aquí, y que... si esto va por aquí, va por acá, y este depende de ti, y esto depende de otros...
136. A: Pero volviendo a los temas que tú decías, más o menos, que era esto de que una de las falencias que ha demostrado el sistema en esta poca, como digamos, coordinación o comunicación en las distintas instancias, hace un poco que esto afecte al minuto de los distintos modos de abordar las problemáticas, y también de eh, ponerle digamos esos límites a las escuelas, y volver a explicar cuál es la instancia, cuál es el rol que les corresponde a ustedes como profesionales al interior del establecimiento; y también a ellos un poco el rol que les corresponde como escuela. Entonces, pareciera hacer que hay distintos como profesionales, y que hay algunos que logran poner esos

límites, pero hay otros profesionales que siguen haciendo clínica al interior de las escuelas...

137. C: Y eso tiene que ver con que, como te explicaba hace un rato, como se abrió la oferta, y las escuelas se vieron con recursos y con hartos escenarios muchas veces se incorporaron; pero no se pensó bien en cómo y en para qué.
138. A: Y eso, C ¿no hay ningún organismo que lo supervise?
139. C: O sea sí, hay dos: el Ministerio valora y apoya la contratación de profesionales, siempre y cuando estén relacionados, su trabajo y su acción, con la mejora de los aprendizajes. Eso por un lado. Y por otro lado, al sostenedor le compete la misión de que todos los recursos humanos y profesionales, que se incorporan a la escuela, estén haciendo lo que tienen que hacer. Entonces, como se arma toda esta unidad de trabajo, lo que se propende ahora es que todos los profesionales SEP sean acogidos por nosotros como programa de trabajo; y trabajen con las misma línea que nosotros estamos planteando, con nuestro mismo protocolo; con nuestros mismos discursos hacia las escuelas, ¿me entiendes? todo eso, con mucha tranquilidad, y mucho tacto. Porque nosotros no podemos pasar a llevar la autonomía de las escuelas: yo no le puedo decir a un Director “tiene que hacer *esto, esto, esto*”. A lo mejor me lo agradece; a lo mejor me dice ‘y por qué vienes a decir lo que tú dices’. Entonces, es un cambio de switch: yo creo, de verdad, al profesional en Chile se les pide mucho, se les pide de todo. Y la queja del mes: tiene que ser de todo... yo digo que hoy día el énfasis está en lo metodológico; ellos son profesores, y lo que nosotros tenemos que exigirles a ellos es que sean *buenos* profesores, y ser buenos profesores significa tener una prioridad y una oferta llanísima de metodologías y clínicas... Si tú a los profesores les pides eso; no les pides otra cosa, no les pide que sean buenos investigadores ni que sean buenos detectando, no, tú les pides que sean buenos en su metodología de trabajo; y ser bueno significa ser amplios y diversos, si tú vas a eso, vas a conseguir dos cosas; primero, que te aseguro que el porcentaje de derivación va a ser menor, porque mayores niños van a responder a mayores cantidad de ofertad metodológicas, eso está probado; y segundo, que aquí hay un chiquillo que no tenga mucha [...], va a llegar con mucha más firmeza, y por tanto con mucha más oportunidad, y por tanto con mayor especificidad en las Necesidades detectadas. Entonces, lo que nosotros propiciamos para cualquier, por ejemplo, alteración del programa, es partir con una entrevista con el profe de aula: y lo que tú le preguntas, es decir, escucha; es decir, *teníai dificultades*; qué ha hecho usted para trabajar con esa dificultad; qué ha adecuado, qué metodología ha utilizado; qué método de enseñanza; si ha probado alguna alternativa; qué apoyo ha tenido dentro del establecimiento, con la UTP, con otros colegas o el Consejo de Profesores; qué ha trabajado con la familia. Si yo reviso todo eso y el profesor ha hecho todo lo habido, humanamente posible poder trabajar; ningún logro significa que claramente hay una situación que todavía es quizás... es decir, profesor me dice que tiene problemas con un niño, pero resulta que no ha hecho nada distinto, claramente yo te digo que, primero, mi deber es que él desarrolle una

variedad de herramientas; y si no las tiene [...], o en la red corporativa; porque sino lo que estoy haciendo es marcar al niño. Es decirle, 'tú tienes un problema, el cual yo no lo tengo' y puede quedar en una negación [...] y yo no puedo darle al asunto, y entonces bordear el asunto; pero ese niño y esa familia quedan con la marca, de que este niño tiene SDA... y ah, pero en el Hospital como no ven las cosas a fondo, entonces lo descartan; entonces lo que nos corresponde es tratar de hacer la pega que corresponde, ¿me entendí? Y hay que mejorar [...]. Yo valoro y respeto mucho tu profesión, muchísimo: y soy súper autocrítico cuando hay un psicólogo u otro, también... Las escuelas necesitan psicólogos educacionales; no psicólogos clínicos. Si no... Cuántos psicólogos clínicos necesitaríamos... es decir, todos necesitamos alguna vez apoyo, es decir, si yo tengo 300 alumnos, y si de ahí a cuántas horas va a cubrir tantos niños... nunca me van a dar...

140. A: Creo que hay profesionales que entreguen apoyo al docente en estrategias pedagógicas...
141. C: Obviamente. Que sea un apoyo para lo que está pasando dentro del aula, para el manejo grupal, para optimizar los procesos de aprendizaje de los chiquillos, para catalizar los procesos de vinculación entre docentes, entre docentes y apoderados...
142. A: Y eso, en el temática de SDA ustedes lo están como...
143. C: Nosotros vamos pa allá... nosotros conceptualizamos el déficit desde esa lógica: no de la clínica, una rotulación del niño; sino de la lógica de ser facilitadores de un espacio que considere las necesidades, y que potencie el grupo...
144. A: Y ustedes, ¿aún no han estado interviniendo eso en las escuelas?
145. C: No, no porque recién se van a firmar los convenios: nosotros en junio partiríamos las intervenciones en escuelas.
146. A: Ya, a partir de los niños que ya han sido diagnosticados...
147. C: Vamos a un poco trabajar... lo mejor, va a tener como muestra el segundo semestre. Eso es lo que nos... cosa que, que es poco tiempo. Pero, pero el proceso de, por temas administrativos...
148. A: Y tú ya, ¿manejas, en número, un poco de cuáles son los alumnos diagnosticados con DA?
149. C: No los tengo aquí a mano pero, uno un poco divide las áreas para el manejo contable, pero, son pocas las escuelas, y cuando te digo pocas, son menos de 10 escuelas; que van a haber niños con DA diagnosticado...
150. A: Y con intervención...
151. C: Y en cada una de esas escuelas...

152. A: Cuáles son...
153. C: El número y los nombres no los tengo en este momento, me los puedo conseguir fácilmente. Pero es una población súper manejable.
154. A: Y el criterio de que fueran estas 10 escuelas...
155. C: Es donde nosotros sensibilizamos a las escuelas, y contamos lo que se podía hacer, y les pedimos que nos brindaran ellos información que ellos tuvieran, de niños que estuvieran y que eventualmente tuvieran diagnóstico de DA. Y las escuelas nos empezaron a enviar información: y de aquellas escuelas que recibimos formalmente la información, y que correspondía en lo que se había solicitado, se comenzó a indagar para poder armar una propuesta de trabajo para después...
156. A: Pero quedaron, es decir, de 36, es decir, de las cuarenta...
157. C: Sí, quedaron muy pocas escuelas. Porque hay muchas escuelas que tienen sospechas, o que 'creen que', o que les 'parece que', o que 'suponen que'... pero no tienen datos concretos. Y hacer un proceso de pesquisa como nosotros lo conceptualizamos, no alcanzábamos a hacerlo...
158. A: Entonces...
159. C: [trabajamos] Con la muestra que estaba cuantificada. Que es mínima, es pequeña.
160. A: Es que es pequeña [con énfasis]. Entonces hay muchas escuelas que todavía no tienen datos concretos con respecto al DA.
161. C: Correcto.
162. A: Entonces hay un aumento del número de, porque supuestamente deben eh...
163. C: Sí, si yo te digo, si lo podemos comparar, yo te aseguro... [...] cobertura, de seguro, a lo menos se dobla la cobertura de beneficiarios a lo menos. Yo diría que mucho más. Obvio, porque, porque las escuelas, primero, saben que existe una puerta ahí; se van a preocupar de ello. Nosotros como programa ya tenemos equipos dotados, por lo tanto las escuelas nos van a pedir ayuda, los equipos van a ir a las escuelas, van a pesquisar, van a hacer procesos de evaluación, vamos a tener respaldado eso, vamos a terminar en diciembre con una película clara; y vamos a postular en Marzo. Lo tengo clarísimo.
164. A: La postulación... [...]
165. C: Claro. Ahora, también las cosas se van dando a sus tiempos, y yo creo que igual el sistema ha tenido gran parte, porque, porque tiene que dar soluciones a cosas que son contingentes, entonces, eh, siempre lo he dicho, un día el sistema educacional reciba

muchos cursos... yo empecé a trabajar en [...] y empecé el programa de integración; era el único [...] y todas las demás personas eran docente. Yo llegué, y ahora primero pregunto, con qué otros profesionales, con qué colegas o quién, circula para saber tanto [...]... Bueno y las que tenga la niña... entonces yo no lo podía entender; porque yo decía 'entonces cómo,... entonces cómo... cómo lo hacemos'; bueno, de ese tiempo a hoy día se creció una enormidad... pero igual que en la interdisciplina psicosocial o lo que se hace en comunitaria, ¿cuánto se ha invertido, los profesionales, en recursos? [59.52] ¿qué resultados tenemos? [silencio] ¿qué impacto hemos tenido? O sea, los índices de, no sé, de delincuencia o si se han introducido en algunos liceos... agresión, hemos trabajado, es un tema delicado; hemos trabajado, y han mejorado los índices, y ha mejorado la calidad de vida, de harta gente. A lo que voy con eso es que, tenemos una responsabilidad social, como profesionales, eso es una pelea: hoy día en educación hay muchos profesionales, que lo que nos pueden provocar es que si somos muchos más que antes, hagamos bien nuestra pega po; enfoquémonos en lo que tenemos que enfocarnos, porque aunque tengamos seis psicólogos, si esos psicólogos cada día están orientados a [...], está orientado a lo que es casuística; no a obtener un, obtener resultados... tenemos que centrarnos en la persona: y que esa familia tenga un modelo, incorpore alguna herramienta de funcionamiento de salud. Si el consumo de alcohol y drogas no ha bajado en una población, lo más esperable es que los niños o los chiquillos tengan mayores dificultades.

166. A: Y eso, y este desafío, esta responsabilidad social que tú me hablas, ¿la esperanza de como también compartir con el Área de Salud de decir si constantemente están...?
167. C: Si, nosotros empezamos a hacer trabajos conjuntos con Salud; que se postulan a programas que hayan valoraciones de salud, que hacen profesionales *del área de Salud*. Cosas inéditas.
168. A: En qué sentido...
169. C: Porque salud y educación nunca se juntan. A nivel país, no sólo en... Entonces, vía un papel logran lo que no se pudo hacer con ellos; por el MINSAL, un niño, para seguir [...] necesita elaborar su lengua con profesionales de educación; una hora de atención médica... entonces, Educación tiene que ver el desarrollo cerebral, 'sabí qué, lo que pasa es que... te vamos a tener que apoyar...'
170. A: Y el apoyo se está haciendo, también nuevamente, por ahora, en pesquizajes... de los diagnósticos
171. C: Y que tienen que llegar a dónde...
172. A: Que logran realizar un poco con...

173. C: Pero ya lo logró. Ya el papel lo logró, y con eso ya se ganó todo el premio: lo logró, hizo que las dos instancias, una abrieran las puertas de la otra... ahora viene: ahora vienen todos los acomodos posibles...
174. A: Y un poco sería nuevamente, para focalizar este trabajo en red, y que nuevamente no haya un sobre-diagnóstico, ni una sobre-intervención muchas veces, con enfoques de repente que pueden ser... tener sus... porque es muy distinto, la propuesta que tú me estás hablando de carácter metodológico con profes, y cambiar la concepción, es decir, hacerlos reflexionar de alguna respecto a sus prácticas y cómo pueden ayudar a un alumno con SDA; que simplemente considerar el SDA como su causa, predominantemente neurológica, y creer que el medicamento es el que va a hacer...
175. C: Es milagroso. Y que entonces, el médico neurólogo que solucione el problema educativo del niño. Y eso es falso po.
176. A: Y eso tú, ¿podrías decir que es lo que actualmente es como la creencia imperante en las escuelas?
177. C: Eso es un arquetipo que han propugnado, una, en todos lados. Han propugnado, y lo van a propugnar, si es que no... ahora, eso tiene que ir de la mano, con un reconocimiento del profe y de un potenciar a ese tipo de docente; pero no potenciarlo, y eso es súper importante; la prioridad por lo tanto ya no va a ser informarle sobre el SDA, eso se va a hacer... Es importante, pero fuerte, cuando hay que martillar lo ya expresado digamos; como hay derivación, es que tengamos profesores de excelencia, metodológicamente hablando. Porque qué te dice el profe, te dice 'yo estudié pa profe nomás, no estudié pa psicólogo, ni pa asistente social, ni pa neurólogo; yo no puedo atender un niño que no cumplan con esto que yo les pido'... y eso es lo primero que tienes que decirle al profe: no decir 'yo te voy a enseñar a ser psicólogo', no. Lo que yo necesito es decirle 'profe, entonces usted es profe, entonces metámonos en la enseñanza; entonces, lo que usted necesita son herramientas metodológicas'...
178. A: Pareciera ser que, en estos dominios distintos del Marco para la Buena Enseñanza, los profesores vieran, o al parecer se me ha hecho ver así, que el clima de aula es algo como que está totalmente distanciado, o más que nada es algo que ellos... no está relacionado con su problemática.
179. C: Claro, porque el profe [...] a veces funciona así. Si esto es *mío*, eso es *tuyo*. Esta es *mi* responsabilidad, esa es *tu responsabilidad*. Entonces, 'tengo un niño con dificultades, ah, el profesional de apoyo'. Qué pasaba antes con los chiquillos: 'tiene dificultades, a la sala con la profesora especial'... mira lo que significa, míralo: te saco de *acá*, porque no va el entorno, y te vas a trabajar con la especialista al aula de apoyo, porque ella *sí* te sabe enseñar. No yo. Es *su* responsabilidad, no es la *mía*, porque tu estai en dificultades... Obvio que estoy exagerando el tema... y que eso genera la normativa...

No; las dificultades se tratan dentro del aula común; los profesionales de apoyo tienen que ser apoyo para ese docente de aula...

180. A: Entonces te parece que la normativa, en el fondo, es como, volviendo a decreto 170, es como ¿bueno? En términos de...

181. C: Exactamente.

182. A: De intervención.

183. C: Está acertado en su contenido. Estoy en desacuerdo con sus tiempos y sus formas. Porque si tú le estás pidiendo a un elefante, un elefante lento, acostumbrado, que trabaja por la costumbre, que yo... la escuela hace cosas porque las han hecho así; para cambiar una relación; son procesos sociales, claro. Y yo no los puedo perder del trayecto de que es para escuela [...], y que me van a decir que todo funciona bajo ese dominio. Pensar eso, es irreal: pero sigue y esto va a traer, y así que se hace un proceso; si a mí, viene gente del Ministerio, y lo digo aquí; si me guardai la grabación, va a pasar... cuando a nosotros nos fiscalicen, nos revisen lo que hemos hecho, vamos a tener varias observaciones de que no se hizo esto, esto, esto; según lo que dice el papel. Y es porque no lo puedes hacer: hay que ir al aula común a trabajar con los chiquillos... ¿tú sabes lo que es entrar al aula común un profe? ¿Sabes lo que es que alguien le diga 'permiso profesor, yo vengo a estar a su aula, porque tengo un trabajo...' obvio que no va a ser así, pero un profe de aula te pueda decir [...] y tení impacto... O, si hay mucha aula en que los directores han intentado hacer seguimiento en el aula, y los profes no están de acuerdo, porque es su espacio... Entonces, el decreto da en el clavo en qué hay que hacer, pero hay que considerar que son procesos; entonces lo que yo te estoy hablando, trabajar la metodología, o decir, cuando algo no funciona, qué de esto no funciona y mis responsabilidades... eso es un acto que no está en la cultura de hoy día en nuestro funcionamiento país: hoy día cuando algo no funciona, la primera acción es ver qué no hizo 'alguien'; pero no va a decir que lo hice yo, o sea, algo de esto que hubo ¿tiene que ver conmigo? Ese ejercicio se hace al final, si es que es necesario, si me encuentro con la pared: pero el primer ejercicio que se hace es un hábito de responsabilizarte *a ti*; y cuando yo hago eso en educación, y cuando miro [...] ahí, el que está abajo, sí, el chico, que no tiene ni goma, entonces, él tiene la dificultad. Está todo claro: mis resultados SIMCE, 'ah pero es que mira, tengo *tantos* niños con dificultad', entonces... ¿me entendí? Es un cambio largo, y uno no es que quiera ponerles la panacea, no, pero sí creo que estamos trabajando fuerte en esos convencimientos de que eso tiene que llegar a las escuelas. Y de manera ordenada: entonces, algo va a pasar, si es que todos quienes trabajamos en el área, machacamos con el mismo sentido. Si eso se mantiene, eso va a tener cambios: no van a ser medibles mañana ni pasado; pero si se hace mañana, eso va a tener un impacto. Eso es así. Y ahí está la responsabilidad social, que yo veo, por lo menos... que hemos compartido con la gente que trabaja aquí...

184. A: Perfecto, C. Te veo así como... con poco tiempo. Quisiera agradecerte por toda la entrevista; obviamente, a lo mejor algunos temas, porque fue... una cuestión de cosas, muy, muy, atingentes, y relacionadas, sobre todo desde las preocupaciones y las creencias que tenía respecto a cómo se está abordando el SDA, o cómo se ha abordado el SDA, porque ustedes como programa realmente recién están tomando el SDA
185. C: Nosotros recién nos vamos a meter a la cancha...
186. A: Ehm, quería sí tener un poco, información sobre la presencia o el nivel de, digamos, de presencia del SDA en estas escuelas...
187. C: ¿De prevalencia dices tú?
188. A: Claro. O un conocimiento que aproxime a conocer cuál es la frecuencia del SDA en las escuelas.
189. C: Ya. Es alta, pero insisto, eso desde la conceptualización de las escuelas: es alta. No digo que hayan muchos casos en las escuelas: digo que la *sensación* de las escuelas es que tienen a muchos niños con SDA. Eso no lo hemos podido constatar fehacientemente... La primera aproximación que hemos tenido son dos: los índices del HPV, y lo que nosotros constatamos cuando quisimos incorporarlos.
190. A: Pero cuando tú no estás en conocimiento del trabajo particular que hace el profesional SEP en las escuelas, y de las derivaciones que... porque ellos manejan, ponte tú, otros...
191. C: No, no. Nosotros no tenemos, hasta el minuto. Pero lo tenemos que conseguir, sí.
192. A: Sí. Y por otra parte, eh, esta, en esta diferencia, es decir, muchas escuelas que dicen que hay mucha presencia del SDA... ¿hay variaciones entre las escuelas?, ¿va a depender un poco... tú observas que...?
193. C: Hay diferencias. Las hay. Y esta organización de planificación apunta a que esas diferencias van a ir disminuyendo gradualmente. Nosotros queríamos concluir el 2011 con todo funcionando bajo la misma lógica; con procedimientos claros, y normados.
194. A: Con protocolo...
195. C: Y con, eh, perfiles profesionales definidos, porque los profesionales optan, si ingresan: entonces nuestra idea es que el 2012, cuando ingresen profesionales –así como se postulan niños con procedimientos clave, y tomen...- los profesionales que se incorporen tengan el perfil que nosotros buscamos. Eso es, esa es nuestra meta.
196. A: Y de eso va a depender cuál es el abordaje, y cuál es el nivel de presencia del SDA en las escuelas. Para ti tiene relación directa... con manejar protocolos homogéneos

197. C: Sí, directa. Nosotros vamos a construir ahí, entre junio y julio en las escuelas, las pesquisas. Nosotros vamos a invitar a los profesionales SEP a que se sumen a nuestros protocolos con nuestra forma de pesquisa... los vamos a, entre comillas, a “usar” en ese proceso; y el profesional que se adecue, obviamente, que se quede, digamos, dentro de nuestro programa... pero las escuelas van a llegar a marzo de 2012 con un diagnóstico acabado, a nivel sistema, digamos. No va a estar eso... eso se va a dar; nosotros lo manejamos así, Junio y Julio instruimos, Agosto-Noviembre pesquisamos, evaluamos; Diciembre constatamos, Marzo postulamos... Así va a ser...
198. A: Ya C; te agradezco mucho.
199. C: Te agradezco la paciencia.

ANEXO 6

ETAPA 3

ENTREVISTA GRUPAL

EQUIPO DE APOYO PSICOSOCIAL ESCUELA 1

1. I: Con, como, cuál es su presencia en la escuela, entonces partamos por saber algo respecto del diagnóstico, o sea, cómo es que se realiza el proceso diagnóstico del SDA en la escuela 1. Cómo se inicia, quién participa de ese proceso, qué ocurre o qué no ocurre.
2. H1: Tú preguntas como el, depende de los profesores, de cómo sepan que se trata a los niños, de forma de abordar los diagnósticos... el caso mío, como psicólogo, a todos los chicos que son derivados por los profesores les aplico un test, no necesariamente vinculado al SDA propiamente tal... el TAT... pero, que nos ayude solamente cuando los efectos puntuales del estado de hiperactividad, se aplica un test como el Conners...
3. I: En este caso tú
4. H1: No, lo aplicaría la profesora o la mamá. Y de ahí, de acuerdo a los antecedentes... y solamente eso va derivado al servicio de salud: de alguna forma es el servicio de salud es el que va a ver las posibilidades de tratamiento y cosas así...
5. M1: Yo también la otra forma que también utilizo es dárselo así en sala. Muchas veces está la sensación del profesor de que el niño es hiperactivo, pero yo lo veo en clases, entonces veo lo que, lo que se produce con los compañeros y con el profesor, para ver realmente cuál es la capacidad de atención. Aparte, también lo veo solo, para ver también cuál es la capacidad solo de entenderme a mí en esa instancia, y recién ahí ya puedo predecir un poco si es necesario, porque la derivación va necesariamente al sistema de salud, pero el sistema lo que hace es sólo medicar. Entonces a mi me afecta un poco eso, porque muchas veces también un niño con SDA tiene dificultades de aprendizaje, tiene y además eso hace que muchas veces la medicación los adormezca, entonces no pueden poner una atención tan cabal como para tener una disposición para aprender.
6. I: Acá han dicho hartas cosas.
7. H1: Lo más, que otro tema que a mi como personalmente me complica, del diagnóstico del SDA tiene que ver con que cuando uno le hace una evaluación, uno se da cuenta de que la etiología del problema viene derivado principalmente de cosas como la familia y cosas así; entonces de qué forma hacer trabajos de esa óptica po. Como más familiar, más de ese tema pero, lo evolutivo o cosas así, que de alguna medida ha significado que los síntomas disminuyan. Entonces como que...
8. I: ¿Ustedes tienen alguna experiencia, o sea, de chicos que recuerden que hayan trabajado de esa manera?

9. H2: Mira, yo no atiende chicos, solamente a los papás, ¿ya? Que el lenguaje es distinto al de los chicos y ahí complementamos nuestro trabajo... eh, siempre trabajamos el tema de rutina, ¿ya? Establecer rutina pero junto con los chicos. La idea es que, primero conocer el sistema familiar, cómo se mueve, no cierto, cómo está estructurado, y a partir de eso en conjunto poder hacer hábitos, crearlos... así mismo le dices al niño, por ejemplo, de 3 a 4 me pongo a estudiar, después juego, y ahí vamos evaluando, y ahí la familia termina también evaluando si eso es pertinente o no, para el sistema de familia
10. I: Y eso tu lo haces, ¿con todos los papás de los niños? ¿o con los niños que de alguna manera llegan acá? ¿cómo es que tú decides con quién trabajas, con qué papás trabajas?
11. H2: Lo que pasa es que H1 y yo establecimos como un protocolo de trabajo, que estamos tratando de cumplir [ríe], el tema es que él atiende primero a los chicos, y a partir del diagnóstico, eh, definimos el trabajo con los papás...
12. I: Y cómo llegas tú a los niños...
13. H1: Un ejemplo... el profesor manda a los chicos
14. I: Y ahí ¿ustedes ven que hay alguna preferencia, de algunos profesores que manden a más niños?
15. H2: Puede ser también que un niño tenga con ciertos profesores, o la confianza que distintos profesores tienen en el niño, porque pasa eso, y además que con respecto a la pregunta que se hacía en el principio, no hay ninguna derivación externa de SDA que venga del servicio de salud, más que el pesquizaje que se hace acá, o sea, es una de las grandes falencias que hay acá, en el sentido de que no hay "indicaciones de escuela". Es como a la inversa: no traen un niño y el apoderado dice "mire quiero matricular a mi hijo pero viene con SDA desde el consultorio"; no ocurre eso. O sea, más que nada el pesquizaje se hace desde aquí hacia afuera, y te van a dar mucho más peso...
16. I: Pero al final el pesquizaje se hace de manera emergente, o sea, según los niños que sean derivados por los profesores.
17. H2: Exacto. Puede haber niños que no sean derivados por los profesores y que tengan SDA, y que los desconocemos.
18. H1: Es que sabí que eso es súper complejo porque, si empezamos a revisar, como tú decías, hay profesores que son como más afines al equipo, entonces hay otros profesores que no son afines, y muchas veces la resolución del problema es dejar al cabro chico afuera de la sala, cambiarlos de curso... entonces, de repente, y cuando hay un cambio de curso se evalúa al niño, entonces "por qué lo cambiaron de curso" y de repente "ah, el profe le tenía esto"

19. H2: Había un profe que no son afines al equipo, pero por presión, porque en otro lugar están habiendo chicos con ciertas dificultades académicas, pero están siendo pasados por el director para que vengan a conversar. Entonces hay cabros chicos que no vienen, que no dan las pruebas, cierto, entonces aquí están minando en medio de un conflicto...
20. I: Y ¿puede pasar también que hayan profesores que les mandan muchos niños? ¿o que ustedes ven como demasiados niños? [Responden que sí] ¿y que eso tenga que ver con el manejo en la sala de clases?
21. H1: Estoy pensando en...
22. M1: ¿Primero A? ¿Primero C? Segundo C.
23. H2: Es que...
24. H1: Estamos evaluándolos, estamos en eso [ríe]... [nombran a algunos alumnos para verificar su presencia en la lista]
25. L: Respecto al tema, como volviendo al tema del protocolo que ustedes hablaban, tú decías que no hay ninguna pesquiza que venga de alguna parte externa a lo que es la escuela. Entonces son ustedes los encargados de pesquizar, y lo que hacen es derivar al consultorio. ¿A qué consultorio?
26. M1: O sea es que de pronto eso lo dejamos a cargo de la mamá. O sea, que ella vaya con un papel con un informe de nosotros a pedir hora al consultorio.
27. H2: Igual hay casos puntuales donde nosotros consideramos que deberíamos ir al consultorio a hacer como presión...
28. H1: Lo que pasa es que muchos niños de acá vienen del Cº San Roque, O'Higgins, por esos lados, entonces obviamente que se atienden en esos consultorios.
29. L: Pero antes de llegar, qué hacen después... déjeme completar el cuadro en relación al pesquizaje, ¿ustedes realizan algún proceso de tamizaje? ¿De Screening?
30. H1: No. No da el tiempo tampoco porque, o sea igual hay hartos niños que no ven la parte del SDA, pero por ejemplo los chiquillos están tratando demasiados casos como para... es una propuesta que tenemos para el próximo año, una de las propuestas, porque vimos la necesidad...
31. L: O sea en general, porque no realizan screening de ningún tipo... por lo tanto eso los pone más como en peligro de estar...
32. H2: Además que el equipo de nosotros se está recién activando, y estamos tratando de coordinar esos lazos como para trabajar en una red de apoyo. Yo llegué a mitad de año, H1 llega en Mayo...

33. L: O sea, además no se conocen, no han trabajado antes...
34. H2: No. Entonces estamos tratando recién de, todas las falencias que hay en el sistema, y tratar del próximo año tratar desde el principio
35. L: Entonces ya, llegan los niños, a través de manera por otros profesores, y tú haces un diagnóstico psicológico con ellos, y cuando ves que hay algún tema de hiperactividad ligas a la familia y al profe, que haces el Conners, y según esos resultados tú haces un informe...
36. H1: Claro. Lo que pasa es que el Conners va más que nada dedicado al sistema de salud, tomando en cuenta que es como el lenguaje común que podemos tener, de alguna forma por eso lo aplicamos.
37. L: Pero de todas manera la idea es que la mamá se vaya con un informe al consultorio...
38. M1: Y lo que me han contado a mí la mamá que haces es que leen el informe y le dan pastillas. O sea, ni siquiera está la preparación del niño ahí en consulta... Claro, ni siquiera no hay una evaluación, sino que es leer el informe y emitir las pastillas, pero no hay una cosa que a nosotros nos gustaría más, que fuera una cosa más minuciosa...
39. L: Pucha nosotros que venimos de vuelta de la parte de consultorios, efectivamente eso es lo que hacen. O sea, llega la lista y sí, entonces los medicamentos. Había unos 4 ó 5 niños de esta escuela que estaban en uno de los Hospitales, como con diagnóstico confirmado del SDA, entonces eso nos hace preguntarnos ¿cuántos niños hay acá que ustedes conozcan que tienen diagnóstico de SDA? O que ustedes creen que tienen, en el último tiempo... y luego la pregunta es bueno, qué pasa con ellos... tú me dices "van a consultorio pero en realidad los medicamentan, y vuelven acá y se quedan dormidos"... y entonces eso a tí te preocupa. Ehhh, y tú, qué haces con ellos, como psicopedagoga...
40. M1: Eh, mira, aparte también hay otro problema que pasa en la casa, que las mamás a veces no le dan las pastillas, que se le pasa al hora, entonces eso también no hay como regularlo, como tratamiento. Y yo finalmente lo que voy haciendo como tratamiento es en el fondo tratar de motivar un poco más al niño por el aprendizaje, porque insisto, o sea, el niño para un profesor dice "oiga ¡la pastilla resulta!" porque claro, es lo que quería terminar con la hiperactividad, pero la inatención en sí no va con eso. O sea, lo que al profesor le molesta es la hiperactividad pero el problema de atención no lo vamos siguiendo: entonces yo tengo que empezar a tomar otros métodos para trabajar con ellos, porque generalmente los profesores no dan el tiempo. Generalmente yo les digo a los profesores, "tareas de a poco" "la orden personalizada" pero no se dan el tiempo; entonces en el fondo el tratamiento ha sido efectivo solamente conmigo, y yo lo saco dos veces a la semana. Y eso, con el paro y todo eso... entonces, no es mucha la continuidad...
41. L: Tú los sacas dos veces a la semana, ¿trabajas aquí? ¿trabajas...? En una sala... y ahí ¿trabajas sobre currículum con ellos? ¿cómo lo haces?

42. M1: Trabajo sobre unidades de atención y concentración, que es lo que más avoco. Y como trabajo con chiquititos de primero, coincide en que efectivamente ellos no han tomado aún las herramientas para la lecto-escritura. O sea, aún a estas alturas no han aprendido ni siquiera la [...]. Entonces trabajo realmente la atención y concentración, uso de laberintos, percepciones visuales, en ese sentido, porque su pensamiento igual es como medio dirigido, entonces llevar la atención hacia un tema efectivamente les cuesta. Y trabajo con tiempos cortos, o sea...
43. L: Pero no trabajas digamos, con los contenidos directos del...
44. M1: O sea, trabajo lecto-escritura, que a mí desde primero es lo que más las profesoras le ponen énfasis. Pero en las otras áreas no, o sea, matemáticas, no...
45. L: ¿Y cómo te coordinas con los profesores?
46. M1: vamos conversando. Pero generalmente los profesores lo dejan a un lado...
47. L: O sea, quieres decir que ya no lo pescan un poco
48. M1: Exacto. O sea, un poco de los dos del SDA que estaba atendiendo, que habían sido derivados, uno está con medicamento y el otro no, y los dos tienen reunión...
49. L: Este año estuviste atendiendo a dos niños de primer ciclo...
50. M1: Y los dos tienen....
51. L: ¿Y esas reuniones son informales o son concertadas? O sea tienen...
52. M1: No, son más bien informales, pero vemos a los niños con los papás, y bueno igual la apreciación del profesor. Bueno igual hubo una reunión con un profesor un papá y yo, y en el otro caso, fue como más aparte...
53. L: ¿Y qué te dicen los profesores?
54. M1: En uno de los casos en que estaba medicamentado me dijo, oiga me dijo, "oiga no he visto cambios". Entonces yo le dije que no que los cambios todavía no se iban a ver, o sea, el niño no es hiperactivo en sí; tenía muchos problemas de atención pero no era hiperactivo. Pero realmente no hubo mayor aprendizaje. En otros casos, una profesora que había tenido un niño de tercero que sí había tenido hiperactividad. Entonces el niño ya estaba atendiendo más. Pero en estos casos de primero no pasó: y en el otro caso o estoy viendo también más énfasis, no sólo en la parte neurológica sino también familiar, ¿cachai? O sea, la estructura familiar que está coincidiéndose genera SDA, y está llevando a una desestructura en todo sentido. Aparte que la estructura que tiene también el profesor en ese caso, tampoco es la más adecuada al niño; porque el profesor no es lo más adecuado en sí. No es estructurado, no tiene una rutina clara, no tiene una orden clara; o sea, hoy día pasamos matemáticas, terminamos esto, seguimos con lo otro,

entonces no está así sino que... aparte que también a veces no tiene una estructura clara de la clase, o sea de esto, que se pone a revisar esto, después a hacer otra cosa...

55. L: Pero eso ¿se lo dices al profesor?
56. M1: Sí, sí se lo he dicho. De hecho le he dicho que tiene como tres casos de niños que son hiperactivos, y que tiene mucho de su relación, o sea, su estructuración de clase daba énfasis a que niños que no eran hiperactivos... ¿Me entiende? Entonces estaba haciendo como redundar más... porque yo siento que también es como SDA... él. Yo le dije "tú cuando chico tuviste"... "sí" me dijo, y se nota, se nota que tiene esa estructura que es como 'pa, pa' dispersa. Entonces los niñitos chicos...
57. L: Y tú en este caso, M1, ¿M1 cierto? Tú cómo te coordinas con H1 para ver la estructura familiar...
58. M1: Pasamos el caso a H1 pero no sé si...
59. H1: Ah sí po, lo que pasa es que fue una demanda como más bien espontánea en ese momento...
60. L: La pregunta es cómo se coordinan ustedes...
61. H2: ¿Entre nosotros? O sea, depende cómo vengan las posiciones. Nosotros que somos más afines trabajamos juntos, atendemos papás...
62. L: Pero en el caso por ejemplo, del chico que mencionan que tiene más dificultades familiares, cómo se articulan...
63. H2: Es que por ejemplo en otros casos, no sé si en ese mucho. Por ejemplo en el caso de S.M. en el caso de S.M. Lo que nosotros hicimos es, bueno por parte de la mamá, otro trabajó con el niño, y después junto con el profesor tuvimos una reunión con la mamá, para también elaborar ciertas estrategias que ella debería tener en la casa; también cómo el profesor debería trabajar en la sala... y también M1, también como trabajó con el niño también...
64. L: Pero según lo que veo también, son las coordinaciones entre ustedes dos, o sea Psicólogo y Orientador familiar... y en el caso de ustedes, cómo lo hacen...
65. H3: Es que el grupo...
66. L: OK, o sea cada uno está trabajando en su especialidad
67. H3: Hemos tenido la dificultad de que estamos recién; como te digo, yo llegué recién, estamos tratando recién de armar el cuento, el próximo año también me quiero poner las pilas con el cuento del educador diferencial... Porque yo en mi caso estoy un poquito más aislado de lo que están haciendo ellos...

68. H2: Al parecer es como que de acuerdo como a la importancia que le damos cada uno a los casos, como que levantamos la necesidad de que nos juntemos a articular algo más. Por ejemplo, me imagino, a lo mejor no es así... en el caso mío hay dos niños en los que es necesario más información de la que yo tengo, es que ahí articulo cosas con M1. Pero no es que esté estructurado...
69. H1: No porque siempre vamos a estructurar.
70. M1: En el fondo es como que me preguntan, "¿conoces a este niño?" y ahí mas o menos le explico...
71. H3: El H1 el otro día venía con un caso que venía con un informe fonoaudiológico, entonces me dijo "dime qué quiere decir". Y ahí estuvimos juntos viendo qué pasaba con el apoderado, pero más que nada la forma de articular es con respecto a las necesidades que tenga cada uno... el otro también tuvo un caso con H1, que le pasó con un niño de pre-kinder, que según la profesora tenía conductas de tipo autista... entonces ahí lo vimos los dos, porque la M1 me dijo "evalúenle la parte diagnóstica". Le faltó la parte familiar, que ese niño también caía en una parte... entonces más que nada, lo que se necesita de uno o de otro profesional, o ver otra mirada distinta...
72. A: Ustedes son un equipo recientemente nuevo, es decir, se han formado en junio de este año. Tú H1, ¿desde hace cuánto que estás trabajando acá?
73. H1: Desde el año pasado
74. A: Cuando tú llegas a este establecimiento, ¿habían antes lo que eran digamos diagnósticos previos relacionados con el SDA, o alguna sistematización de cómo se estaban abordando en esos casos?
75. H1: No. Una cosita, respecto a lo que hablábamos recién que se me olvidó decir dos cosas: que con respecto al seguimiento, es muy difícil... por lo menos en mi caso el problema de saber si los niños están bien o están mal... cuando le entrego el informe a los profesores, les digo que el niño ha mejorado, y después en conversaciones informales aparece si ha mejorado o no ha mejorado, como que también... falta como hacer un seguimiento más riguroso...
76. I: O sea, si les preguntamos como están esos niños ahora...
77. H1: No, no te podría decir...
78. I: Pero en términos académicos esos niños no están bien, o sea, están repitiendo. O sea, de alguna manera tú podrías pensar que las acciones no han sido suficientes tampoco...
79. M1: Claro, o sea, no se ven las acciones cabalmente. O sea, las mamás sobretodo necesitan esos resultados, lo mismo los profesores; esperan que con esta pastilla mágicamente aprenda todo lo que no ha aprendido... cuando finalmente la intervención

se inicia en mayo, el medicamento en junio y ya estamos cerrando el semestre atrasados, entonces... difícil repuntar un niño de 6 años a ese ritmo

80. H2: Eso es lo importante del tema familiar, bastante fuerte. A veces se nota que el papá en verdad el papá no está apoyando el tema del tratamiento del niño, entonces...
81. M1: Y son como los más frustrados en el sentido de tener un niño que fracasa...
82. L: Pero tú dices que no apoya el tratamiento... a qué te refieres...
83. H3: No, en el apoyo del niño. De repente se le cita y no viene... si hay alguna recomendación, o de repente el profesor dice "no si este apoderado ni siquiera viene a la reunión", entonces...
84. H1: Si, no, y hay apoderados que activamente explican cualquier tipo de problemática que tiene el niño; "no, si él sabe todo" "no, si no le pasa eso"
85. H3: "No, el niño no tiene problemas de lenguaje, si él entiende todo" Una sobreprotección... O la angustia de repente de saber que soi' un papá, *malo* po.
86. M1: Una negación inicial.
87. H1: Y con respecto a lo otro que estábamos hablando recién, con el tema del screening... aquí si se hace un screening lo hace HPV
88. L: Acá hay HPV, ya...
89. H1: Que lo hace en primero básico, y en segundo se supone que hacen la intervención. El problema que nosotros tenemos con eso es que tampoco nos hemos coordinado mucho; nos ha tocado este año que nos hemos encontrado con casos que estamos viendo nosotros, y de repente los ve HPV...
90. I: ¿Y ahí no hay una coordinación?
91. H1: Ese problema, lo vamos a resolver el próximo año [ríe] ya lo conversamos...
92. H3: En mi caso también me ha pasado con PIE-TEL, tiene el problema de atender casos... y yo por suerte me encontré, y pregunté "qué se está tratando" y me contó que estaba haciendo las evaluaciones del próximo año. Entonces yo tomé unos casos que yo estaba viendo recién, llevaba dos semanas y les dije "evalúate este, este y este, porque tienen Trastornos del Aprendizaje", para que estuvieran en su proyecto...
93. L: Pero tu fuiste... bueno, tú estás como fonoaudiólogo acá, y también hay una fono que trabaja en PIE-TEL. Y ustedes no se conocen y no están coordinados...
94. H3: No... Entonces eso, en base a lo que estaba pasando en, que tratamos de organizarnos, y yo también he hablado con ellos para tratar de organizar...

95. 2: Pero entonces tú atiendes a niños que son, que no están en...
96. H3: Que están fuera de PIE, exacto. Esa es mí idea. Y casos que no están ni caen en PIE porque tiene solamente primer y segundo ciclo, y solamente trastornos del lenguaje (TEL), lo que es del habla u otro tipo de disfonía que uno también quiera tratar no cae dentro de esto. Entonces esa es mi idea, porque es bastante mínimo...
97. L: Sí porque acá la matrícula es de cuánto, ¿1.200 alumnos?...
98. M1: Con la matrícula del próximo año van en 600... pero actualmente son 1.200
99. L: Y en ¿cuántos paralelos?
100. M1: Son 3... [conversan entre entrevistados, no se entiende]
101. L: Alumnos matriculados para el próximo año. [(a otra entrevistadora) tú le habías hecho otra pregunta] respecto de la, esta historia reciente, ¿tú cuantos años llevas acá?
102. M1: Yo estoy del año pasado, justo cuando empezó
103. L: ¿Y antes había un equipo de apoyo psicosocial?
104. M1: Estábamos los dos solos...
105. L: Y antes que entraran ustedes...
106. M1: No...
107. H1: Y con respecto a la pregunta de la sistematización, no había tampoco información. Incluso cuando llegamos no había información de lo que teníamos que hacer...
108. L: Ninguna descripción del perfil de algo...
109. M1: Claro, o sea, yo tuve que un día preguntarles por qué nosotros fuimos contratados por la Ley SEP, *cuál* era el objetivo de la contratación de nosotros. Y ahí me mostraron un objetivo y todo eso. Entonces... es muy... amplio
110. H2: El PIE-TEL no. El HPV tampoco...
111. L: Y ¿qué coordinaciones tienen ustedes con la Jefatura Técnica, la UTP, y con PIE?
112. H3: No... solamente lo que yo he podido hablar este tiempo con ellos, y tratar de contarles, o sea, les he contado a modos generales lo que hemos tratado de hacer y lo que queremos hacer para el próximo año; entonces ellos apoyan el tema porque están también de repente...

113. L: Ok, pero entonces funcionan como dos equipos aparte acá en la escuela. Y eso, debe traer sus complicaciones...
114. H2: No hay información... de repente se topaban los mismos casos y nadie sabía que se estaban... Ahora no más no pasa tanto...
115. H1: Es que el problema es que nosotros tenemos que colocar esos temas po, porque de alguna forma nosotros hemos tenido que molestar para que coordinemos las cosas; hemos levantado proyectos...
116. H2: O sea, hemos estado muy atentos a ese tema porque al parecer los otros proyectos que están en la escuela no... ellos vienen, están un tiempo, cuanto, 15 horas que es la jornada. Entonces vienen hacen su trabajo y se van.
117. L: Del PIE-TEL... Y de los otros PIE ¿qué tienen?
118. A: ¿Están postulando para PIE de SDA?
119. M1: No. Mira, nos ha costado con muchos niños limítrofes...
120. L: Y no hay proyectos de crear un PIE
121. M1: No no, el director dijo que no. Se supone que es él el que tiene que subir los niños a la plataforma para que la corporación mande...
122. H1: Yo me imagino que tiene que ver con que se envíe a ciertos niños como, o la escuela se haga cargo de ciertos niños que tienen ciertas dificultades, o sea... sí, pero explicitar a la Corporación, entonces la Corporación fácilmente puede mandar más chicos para acá con problemas...
123. H2: Es que es el temor que tienen ciertos establecimientos de tener estos proyectos...
124. L: Ya. O sea, eso les quería preguntar, porque, por qué es que con 1.200 alumnos no tendrán un proyecto PIE. ¿Por perder una cierta imagen?
125. H2: Yo creo
126. H3: El temor... O sea, está el temor de que si se abre un PIE de SDA, lleguen niños con SDA pero no se dan cuenta que en la misma escuela *hay*, y hay bastantes casos. O sea que...
127. L: Pero si nosotros acá tenemos una ficha donde les preguntamos cuáles son el número de niños diagnosticados con SDA...
128. H1: No sé, yo ese número no lo manejo (los demás asienten)

129. M1: Tiene que haber llegado a dos... dos este año.
130. H3: Claro, como le comentábamos recién, hemos estado bastante desorganizados porque, aparte con el tema de los paros que nos ha jugado pero en contra totalmente, porque nosotros no nos vamos a paro; venimos igual pero no hay nadie (...) entonces ahí nos dedicamos a hacer informes o alguna cosa... y en realidad, siendo como sincero, hemos tratado de cerrar el año bien, las partes individuales que le corresponden a cada uno, para el próximo año tratar de articularnos. Hemos visto todas estas falencias que hemos estado conversando...
131. 2: Sí, entendemos perfecto. Entonces, dentro de los programas, está el PIE-TEL, está el HPV, que de alguna manera se está haciendo cargo de... tú no sabes si están trabajando con esos niños que tú...
132. M1: No no, no con ellos...
133. L: Ya. Y ¿qué otros programas intervienen el establecimiento?
134. H2: ¿Así directamente...? porque están incluidos los PIB, los... pero más que nada ellos, ¿qué otro podría ser?
135. H1: Y habían contratado una ATE. Pero trabajaban el desarrollo como a nivel organizacional...
136. M1: Más allá de la metodología que se está usando, o sea, se trata de instaurar nuevas metodologías para mejorar el aprendizaje a nivel macro, digamos...
137. L: Y respecto a los dos chicos que tú dices que trabajas de primer ciclo... ¿tú has estado trabajando con H1, respecto de los papás?
138. M1: No
139. 2: Entonces los casos que trabajar con H1, son ¿para qué tipo de alumno?
140. M1: [nombra a algunos alumnos que atiende y menciona algunos que derivó al consultorio]
141. 2: Ya, hablemos de eso. Tú los derivas al consultorio, y ¿tienes alguna respuesta respecto de qué pasa?
142. M1: Pastillas en uno y en otro todavía no me han dado la hora. Así me lo dijo el doctor pero no sé realmente...
143. L: ¿Qué pastilla es?
144. M1: No sé, no sé realmente qué pastilla es... de hecho la profesora me dijo que lo está medicando. Pero como te digo no vi muchos cambios...

145. 2: Y ¿cómo piensas tú que ha sido la experiencia escolar de esos niños
146. M1: eh, igual frustrante para ellos. De hecho yo fui la que tuve que contener un poco a los papás porque claro, el hecho de que el niño reprobara no era un acto malo; no es que el niño falló porque era malo, sino que era debido a las circunstancias que pasaron... a las circunstancias que ellos pasaron es mejor empezar de nuevo con, con el tiempo que teníamos, y no con el miedo que qué pasó, por qué no aprende, que aquí que allá. Puede hacerse algo más establecido el próximo año y empezar de nuevo... fue como esa la, o sea...
147. L: La contención que tú hiciste... ¿y el profesor ha tenido que hacer lo mismo con esos papás?
148. M1: los dos profesores como “ah repitió”, pero muchas veces los profesores llevan como más la carga hacia los papás en esos casos, como “yo no puedo hacer nada, usted haga algo” una cosa así; pero vemos que los papás no tienen las herramientas tampoco, entonces una vez que se hace la contención
149. L: Pero tú sientes en el fondo que los profesores una vez que te derivan a ti, como que se des-responsabilizan.
150. M1: Sí. Yo siento que sí han hecho algo durante el periodo antes que nos lo pasaran. Pero una vez pasándomelo ya ellos se desligan del caso...
151. L: Y una vez que tú dices, ya, el niño fue derivado y volvió con pastillas, entonces ahora le toca de vuelta al profesor, ¿ocurre eso, como de volver a responsabilizarse?
152. M1: No, no. Al contrario, o sea, yo siento que la partida es como una cosa mágica que como que escuchan, que no me entienden todavía...
153. L: Tú sientes que ocurre eso, como un pensamiento mágico de que ahora el niño debería...
154. M1: Y aparte también hay una metodología que como que no ayuda mucho a los niños. O sea, la metodología que ellos ocupan en primero básico, no les ayuda precisamente a los niños, con SDA.
155. H3: Pasa algo interesante también con eso de, cuando los profesores dicen... como en abril...
156. M1: Claro, como en abril hay una profesora que dice “no, este va a quedar pegado como chicle”, en Abril. O sea, las expectativas...
157. L: Y ustedes piensan que... eso que tú dices es interesante, en la medida que pudiese ser que las estrategias como de enseñanza del profesor tampoco apuntan a hacer

un tratamiento como personalizado con él, o sea, no se hace lo que se debería hacer con ese niño, entonces...

158. M1: Y en el fondo es como pasárselo al mecánico, o sea, el mecánico lo arregla y yo espero no más...
159. L: Claro, ahí estamos hablando de algo importante respecto del rol que juegan los profesores en eso. ¿Ustedes han visto casos inversos, o sea, contrarios? Porque está la antítesis, del profesor que sí se hace cargo...
160. M1: Sí está el caso de [mencionan otros casos] bueno y no sólo con el SDA... igual pueden ser Asperger...
161. L: o sea, hay situación de niños con multi-diagnóstico también...
162. H3: Por ejemplo hay el caso de un niño que lo cambiaron de curso, el W, porque no tenía las capacidades para...
163. M1: O sea, fue sincera y le dijo a la mamá “yo no tengo las capacidades para tener a este niño como para este curso” y siendo Asperger y todo...
164. L: ¿Qué profesora es?
165. M1: La AR
166. L: Sería interesante ir a conversar con ella también. Y respecto entonces, yo saco la conclusión de que los profesores igual hacen una diferencia, al respecto...
167. M1: Yo creo que los profesores planeen un niño con SDA...
168. H3: Yo creo que básicamente para eso el director nos ha facultado a hacer capacitaciones a los profesores. Entonces también está el tema que H1 quiere hacer, de constructivismo; el SDA y el tema con los apoderados, que tenemos con un apoderado que está muy motivado...
169. 2: Ah, el apoderado que estaba acá afuera, que es la que nos contaban y que efectivamente quiere hacer una capacitación y se está buscando profesionales... Es una apoderada súper activa, ha tenido acogida entre ustedes...
170. H2: Sí sí, lo que estamos tratando de gestionar es este tema, donde además se quiere incluir al mismo apoderado; porque el tema es que ella se ha hecho igual como amistades con otros apoderados dentro del curso, y han derivado a sus hijos... ella ha mirado particularmente y ha dicho “no, llévalo a tal lado y tal lado, porque te van a...” y efectivamente tenía un trastorno de atención po... La idea de ella es orientar un poco a los apoderados y decirles qué es lo que tienen que hacer...

171. L: Esos mensajes son súper importantes para ustedes, respecto de cómo, cómo puede aliarse con los papás para que les puedan ayudar...
172. H2: Claro. Es que además está el tema de que se les dice, se les evalúa, se les entrega el material.... pero ahí qué se dice...
173. M1: Claro, en este mismo sistema de negociación para ella es mucho mejor que la propia mamá, que nosotros como profesionales les digamos al profesor que le diga. O sea, una propia mamá y que está en la misma parada de ellos, les dice "vayan a esta parte, porque algo pasa", es muy significativo, entonces en ese sentido va a ser un buen estímulo...
174. H1: Es parte de lo que queremos para el próximo año; porque el caso de esta apoderado con su esposo querían cambiar al menor de colegio; un colegio que tiene PIE-SDA. Pero como la matrícula se le cerró, no alcanzó a cambiarlo, se quedó acá y quiere motivar a los apoderados y a la escuela con este tema que es...
175. L: ¿Y ustedes piensan que se pueden hacer cargo de esa demanda? ¿Que puedan hacer capacitación para los papás o algo?
176. H3: Sí, tenemos un taller para padres incluso... Incluso dentro de todas las cosas que tenemos que hacer [risas] hemos apuntado a varios lados y... se ha hecho igual...
177. M1: Se hizo hasta un taller de violencia intra-escolar
178. H1: Además eso está como en la línea de la escuela, entonces la escuela tiene que como ver que cuidamos a los apoderados, entonces igual va ser positivo en eso.
179. L: Ustedes sienten que igual hay apoyo en la dirección para eso
180. H1: es que lo que pasa es que lo estai llevando a una dirección bien...
181. M1: Alternativa
182. H1: Bien abierta, a muchas cosas. Entonces la propuesta que nosotros hemos hecho ha sido la de una acogida...
183. L: Bien alerta la entrevista como un poco directiva
184. H1: No no, bien, bien directiva todavía [risas]
185. L: No no, yo lo digo en el sentido que pueden pensarse muchas ideas, pero si necesitas un rumbo, para allá vamos, esto es lo que queremos, qué se yo, queremos trabajar el tema de convivencia, trabajar comunidad, son mensajes que...
186. M1: No, en ese sentido siempre nos han acogido como los proyectos que hemos tenido, siempre "ya, perfecto". Pero de ahí a encausarlos directamente ya nos hemos

encontrado, o sea, por ejemplo el año pasado que estábamos los dos nomás, habíamos propuesto siempre varios talleres y capacitaciones con los profesores, incluso una vez al mes. Sin embargo nunca se dieron fechas ni el tiempo ni momentos ni instancias...

187. L: Por qué crees tú que eso ocurre...
188. M1: Yo creo que porque se organizan como tantas cosas en la escuela, se ponen muchas cosas. Porque el colegio está intervenido como por muchos lados, entonces hay muchos, muchas otras cosas que los profesores... por ejemplo, llegan, o sea, están los mismos talleres, u otras intervenciones, los profesores se tienen que ir más temprano porque vienen de reuniones de directorios; a veces les prestan la sala por ejemplo a los del [nombre otra escuela], entonces tampoco podemos contar con esos tiempos...
189. H1: ¿Sabí que? Estaba pensando, ahora que tú dices eso... La escuela siempre ha sido como súper intervenida tanto como de directores, siempre ha venido con programas, con dirección de políticas y de formas de hacer clases. A lo mejor la escuela debe estar como acostumbrada a que lleguen cosas, que se vayan, que lleguen nuevas... porque a lo mejor lo que se forma de nosotros está de alguna manera dentro de la misma lógica. Pero tenemos algo, él acepta, y que lo hagamos o no lo hagamos para ellos siento que significa un cambio...
190. L: Claro, porque se va a hacer y luego se va a dejar de hacer
191. H3: Lo que pasa es que les gusta la idea, pero como que les gusta que les presenten el proyecto noma po... Que den una reunión abajo y no pregunten ¿bueno cómo va el tema? Ni siquiera...
192. L: Entonces ahí la pregunta respecto de la coordinación con la UTP...
193. H2: El problema es que no hay una mala relación ni falta de cercanía, entonces igual hemos tratado de mostrarle lo que estamos haciendo...
194. L: Mi pregunta fue por la coordinación
195. H2: Es que igual hay coordinación, pero, parece que lo que falta es como apoyo. O sea te dicen que sí pero... "sí, hazlo"
196. M1: Y claro, trabajar con el tiempo los profesores porque, claro los profesores están contratados por 30 horas entonces ir a un taller significa dos horas más... entonces tienen que dejar de hacer algo ellos o suspender una clase muchas veces para hacer un taller, entonces en eso muchas veces...
197. L: ¿Opera algún tipo de resistencia por parte de los profesores?
198. M1: Exactamente. Si voy yo y les digo que vayan al taller voluntario, no lo van a hacer entonces...

199. H3: El tiempo que tenemos para capacitar a los profes ha sido como... a pesar de que no hemos empezado todavía, al parecer es lo más idóneo porque mandan a los niños temprano, y ellos sí o sí tienen que cumplir horas. Entonces, tienen que cumplir hasta las 11 y...
200. L: Ahora en diciembre
201. M1: Claro, y ahora suspender clases tampoco es tan fácil...
202. L: pero puede ser una buena...
203. H1: Para trabajar con ellos... lo más fome es que está pensado para fin de año, pero pensado para el próximo año. O sea, se ha perdido todo el año para poder hacer algo con ellos... pero, es el tiempo que nos dan.
204. L: Si, me queda claro... Respecto, hemos hablado del abordaje, de las acciones, de las características de los niños, hemos hablado también del seguimiento que se hace o que se esperaría hacer mejor... o sea, la última pregunta respecto del futuro, o sea, ¿qué les gustaría a ustedes que la escuela hiciese en relación a los niños con SDA? ¿como ven ustedes el escenario ideal?
205. M1: A mi me gustaría hacer algo con eso... un cambio curricular, sea, que el currículo vaya adaptado a los niños con dificultades. Porque los profesores tienen su postura, en el fondo, como su postura "yo voy a enseñar a niños que aprenden", pero ¿el que no aprende? Es como una postura, yo no voy a enseñarle a niños que no aprenden, porque "el que aprende aprende como sea, incluso se mete a internet" pero el que no aprende, qué pasa con él... entonces ese cambio, que es bien radical en el fondo para los profesores, es como el que debería hacerse, y eso implica también un currículo nuevo. No se trata de cambiar objetivos, sino de cambiar la forma en que yo voy a pasarlos. Si yo quiero pasar sinónimos y antónimos, cómo voy a pasar sinónimos ya antónimos; les decía por ejemplo a las profesoras de primero con las que tengo más afinidad. Les digo "si tú vas a pasar la letra S, no ocupes un método, ocupa *todos* los métodos que tengas, si el niño tiene que pisar una S, que *pise* una S, si tiene que seguir con plastilina, ocupa miles de métodos"...
206. L: Y ¿tú crees que eso es posible?
207. M1: Yo creo que es un poco utópico, pero sí que sería posible. Ahora, yo he visto este año que he trabajado acá, que aquí a los profesores se les dice "oye sabes qué, vamos a instaurar tales metodologías" y "ah ya que bueno", pero no hay un seguimiento de si se está instaurando eso, se está haciendo un proceso efectivo, y es como "ah ya, me molesta..." , ¿me entiende? No hay una disposición en ese sentido...
208. L: Y eso lo hablas... ya estoy pensando en el marco Ley SEP, ustedes son un programa que está enmarcado dentro de la Ley SEP... y todo eso tiene que ver con

mejoramiento de la educación. Eh, en todo sentido, en términos curriculares y en términos de apoyo psicosocial, entonces la pregunta es ¿se está cumpliendo eso, el mejoramiento de la educación? Si es que lo que vemos es un equipo que se está coordinando, pero que al parecer está un poco aislado dentro de otras acciones que se hacen en la escuela; y si por otra parte hay profesores que aceptan un cambio, pero no hay cambio. La pregunta mía es cómo ven ustedes el cumplimiento del objetivo de Ley SEP...

209. H1: Es un proceso igual, porque este es primer año que hay 4 personas profesionales con la Ley SEP. Sin embargo yo ingresé el año 2006, 2007, y este es el primer año con más profesionales que han sido contratados... Como asistentes de educación como apoyo dentro de la sala de clases... entonces este proceso de adaptación, claro que ha sido un poco complejo, porque no ha habido a lo mejor directrices muy claras del área social...
210. L: Pero hay una apuesta, es decir, si no había apoyo psicosocial antes y ahora hay, es que hay una apuesta...
211. H1: Es que hay, y ahora que hay nos estamos levantando, estamos viendo las directrices, cuáles tienen que ser, estamos en ese proceso. Hay profes que ya se están adaptando a que haya un equipo psicosocial... saben a dónde ir, si tienen problemas con un niño...
212. H3: Yo lo decía a modo de talla en un principio; uno sale de aquí y se llena de pega porque es como al parecer la única línea de acceso a nosotros, cuando nos ven. O de repente vienen acá, y casi podemos estar atendiendo... además que lo que hemos estado viendo en el equipo multidisciplinario no ha ido a donde tú apuntas, y tampoco está regido -como tu hablas de la Ley SEP- y si un colegio tiene la Ley SEP tiene que tener *estas profesionales* tiene que hacer *esto*. No está eso. Además se suma a la Ley SEP que hay dificultades para hacer esos planes que dispone el colegio. El otro día veíamos del colegio que de toda la plata que dispone de la Ley SEP, un colegio ocupaba el 50%...
213. L: ¿Y en este caso? ¿En esta escuela?
214. H3: No sé como será. Además la escuela tiene que rendir esas platas, y tienen que aprobárselas o no aprobárselas. Entonces, tampoco está claro en qué ocuparlo, porque pueden ocuparlo pero...
215. H1: Con respecto a lo que decía M1 recién, de esa necesidad de cambio... de forma, de llegar a los objetivos, igual nosotros estamos preparando algo para el próximo año; un equipo, una unidad que se haga cargo de revisar formas más adecuada de llegar a los objetivos, de acuerdo a las actividades que se van a hacer en la sala de clases. Y tenemos como la idea de que, de trabajar de forma gradual: no podemos trabajar con todos los profesores el próximo año por lo que hablábamos de las resistencias que hay. Así

que trabajar con algunos profes como más amigos de alguna forma, y entremedio con ellos ver las posibilidades de éxito para trabajar con toda la escuela, que sea algo gradual. Pero yo creo que a través de ese tipo de instancia podemos lograr algún tipo de mejora. Con respecto a la forma en que los profesores, las actividades que ellos usan para lograr sus objetivos; que sean más inclusivas, más diversas. Y yo creo que sí se puede hacer, tengo mucha esperanza de que se logre, que la mejora a través de nosotros, no solamente a través de los casos particulares que atendemos, sino una cosa más global, de la escuela. Porque además como nosotros decíamos recién, si nosotros le hemos propuesto a la dirección, la dirección ha dicho “ah bien, háganlo”. Entonces nosotros tenemos que ser lo suficientemente rigurosos para hacerlo. Así que nosotros si nos ponemos las pilas...

216. H3: Igual tenemos harta responsabilidad con respecto a las capacitaciones que podamos hacer a fin de año. Porque si lo logramos podremos entrar un poquito en la mentalidad del profesor y lograr un cambio también desde ellos, desde el sistema. Además de empezar el año con una historia un poquito más trazada.
217. L: Y para cerrar el tema del SDA, podemos seguir conversando, pero... la otra pregunta ¿son suficientes las acciones que están llevando a cabo ustedes? ¿les gustaría, piensan que se requieren más acciones? Y si es así, cuáles... y de qué tipo, porque... hemos hablado algunas, el pesquizaje el screening, el diagnóstico, o tal vez otras como el apoyo pedagógico que es necesario ofrecer a los estudiantes, y que de alguna manera ya se está haciendo; pero quizá una mayor coordinación con lo que es el nivel del apoyo familiar... ¿tienen otros?
218. H1: Yo creo que el hecho de que tengamos las nóminas de todos los niños con SDA ya es como sintomático de lo que ocurre en la escuela en este momento. Y yo creo que esto también nos va a llevar a una reflexión importante de la práctica y las formas de hacer los seguimientos, los tratamientos y las formas alternativas y no tan alternativas de abordar el tema también. Porque por ejemplo tú me decías...
219. L: Y si les preguntara por otros casos de niños no con SDA, también ¿hay un seguimiento? ¿saben cuántos son o en qué están?
220. H2: En algunos de los casos, pero no sabría decirte en este momento
221. L: O sea, en este momento, eso es lo que hay
222. H1: De los 1070 niños nosotros tenemos más o menos el 15 o 20% que hemos atendido este año. Como entre eso...
223. L: Ahora, eso está dentro del rango de niños con dificultades a nivel escolar...
224. H1: El problema es que para nosotros como equipo es difícil abordarlo
225. M1: Trabajar con todos...

226. H2: A lo mejor falta un grupo de personas que estén trabajando con nosotros, que nos ayuden en eso
227. L: Sí, tu me hablabas de la red externa, de alguien que les ayude, que les apoye, que venga y haga un...
228. H3: Y lo otro, lo otro que estábamos pensando también era el tema de algún alumno en práctica, porque podríamos pedir alguna práctica en el caso de algún alumno con SDA, y la dirección no nos ha presentado ningún problema en ese aspecto, sobretodo en la parte clínica.
229. H1: Es que igual es complejo eso, porque si traemos más alumnos en práctica y seguimos por la lógica de sacar niños, repararlos y devolverlos, como que tampoco funcionan mucho, según la ley del mecánico...
230. L: Como que al final se transforman en mecánicos
231. H1: Pero sabes lo que pasa, es que también puedes que discriminar para afuera con respecto a los mismos CESFAM... sectores donde se les pida apoyo al colegio. Cuando nosotros tuvimos la experiencia, con una psicóloga, con asistente social... al principio como que nos miraban así como "¿un colegio?" pero bueno, nosotros pertenecemos a la realidad, trabajamos con niños, con los niños que ellos atienden; nosotros también estamos con ellos. Entonces, por qué mejor no trabajar juntos... la idea es que el próximo año poder tener, poder hacer un CENSO al interior del colegio y poder ver cuántos niños se están atendiendo en los CESFAM y cuántos no, cuántos niños tienen o han tenido atención médica en los últimos 6 meses y cuántos no. Entonces, a partir de eso empezar a levantar cierta información; y desde ahí ir al dato como más preciso. Decir quién está evaluado por quién...
232. L: O sea, dos cosas; una, más coordinación entre el ámbito educación y salud, que debiera haber...
233. H1: De hecho no lo digo yo, lo dijo el otro día cuando fuimos a la actividad en el Club V, un expositor...
234. L: El de la UNESCO
235. H1: Sí, que deberían haber más vínculos, más coordinación entre la escuela y el consultorio
236. L: Bueno, ese es el sentido de este estudio en realidad, mostrar que no es [risas]. Entonces, pero otra cosa importante, tanto a nivel comunal, y yo creo que también son parte de nuestras condiciones, como a nivel local, acá escuela, en los soportes de información. O sea, al parecer lo que no hay son datos; no hay registros, no hay sistematizaciones, estadísticas, numeraciones a los cuales tú puedas sacarle una

estadística mínima descriptiva, o nombres que tú puedas decir “si mira, esta niña hace dos años ella vino por lo mismo”, o que tú puedas decir quiénes son los niños que está atendiendo M1, y que ella también pueda saber los tuyos. O que los profesores o los padres puedan quizá mandarles un mail, ¿tienen eso? [M1: los profesores sí] como un sistema informático, un soporte informático

237. H1: Nosotros queríamos enviar también toda la información de toda la atención, de todas las intervenciones que tuvimos durante la semana, pero igual dejamos de hacerlo. Pero claro, porque nos estábamos acoplando, conociéndonos; pero el próximo año la idea es toda esa información subirla y complementarla con los profes...
238. H3: Estamos hablando con el encargado como de informática de la escuela para subirla al sistema donde ponen las notas (MATEONET)
239. H2: La escuela igual tiene una página web, y un blog.
240. L: Y respecto a lo que tú dices, muy interesante respecto al CESFAM. ¿Qué fue lo que te dijo?
241. H3: No, al principio nos hicieron esperar como 40 minutos (ríe)... pero, no, mira, igual la respuesta fue buena, nos citaron a una reunión a la semana subsiguiente
242. H1: No, pero recuerda que antes fuimos al Hospital 2
243. H3: Ah sí, lo que pasa es que fuimos al Hospital 2, pero al Infanto Juvenil, a conversar con el encargado, a plantearle un caso mío del segundo; desde ahí nos derivaron que habláramos con el CESFAM.
244. H1: Lo que pasa es que la idea nuestra era como acotar los tiempos; entonces fuimos a la unidad Infanto Juvenil porque ahí es donde se hacían cargo de los chicos. La idea nuestra era como hacer más rápido el paso del consultorio hacia allá; entonces...
245. H3: Así como tener consultoría, una vez al mes, dentro del consultorio y las unidades Infanto Adolescentes, entonces queríamos como hacerla más corta [ríe]
246. H1: Entonces se lo pasamos al Asistente Social del Infanto Juvenil y lo pasaba directamente al consultorio.
247. H3: Ahora el momento en que se encontraban ambos sabían la información del chico. Pero después en el consultorio fue como que chocamos con una pared. Y nos tuvieron esperando mucho rato, como que los casos sintieron que estábamos pasando como a llevar un poco... entonces, después...
248. 2: Entonces, perdón, se fueron al Hospital 2 directo

249. H1: Al final hicieron intervención con la mamá y con el niño. Pero finalmente resultó ser bueno.
250. H3: Sí porque nosotros nos colocamos como agentes con ellos...
251. L: Y ¿ese ha sido un caso puntual?
252. H3: Lo que pasa es que nosotros queremos lograr un mejor contacto con la directora del CESFAM, para que nos conozcan, también como institución válida, y que participa dentro del mismo sistema...
253. H1: Y también por contingencia no podemos hacer eso, porque no han emergido tampoco casos. Entonces estamos un poco atochados con los casos que tenemos ahora, y no han podido hacer eso tampoco.
254. H2: En la medida del próximo año, que nosotros podamos [H1: La utopía del próximo año (ríen)] desde mis 70 alumnos, señalar 800 que estén inscritos en el consultorio, ver cómo podemos coordinar eso.
255. 2: Porque por el momento no hay un tipo de coordinación, no sé, *escuela saludable* que vengan a hacer charlas o que vengan algún tipo de acción de promoción o prevención...
256. M1: ...No
257. 2: Y respecto al SDA tampoco. Tampoco ellos mandan informes de vuelta a las escuelas respecto de... la situación del niño.
258. M1: No, una vez que se quedó dentro del consultorio ya ahí se quedó.
259. H3: Pero con protocolo de acuerdo, esto debería ser como más rápido. La derivación el contacto directo con Asistente Social y Psicólogo, con el Director, cierto... con los distintos programas que *también* se acercan a los consultorios
260. A: Quería hacer tres preguntas pero súper puntuales. La primera es que con todo esto, primero, que realizaban la sospecha desde el profesor, ¿en base a qué criterios ese profesor, es decir, realiza esto de que el niño *probablemente* tiene SDA? Es decir, cuáles son las conductas que refiere el profesor que le hacen sospechar...
261. M1: No, generalmente es una cosa más conductual, o sea, de comportamiento, notas, pero yo por eso me he dedicado a observarlo más en clase. Porque, insisto...
262. A: Utilizan más la hiperactividad como...
263. M1: La hiperactividad. El niño o niña con SDA que no sea hiperactivo pasa desapercibido en esta escuela. Incluyendo las notas, y no viene derivado tampoco; pero insisto, pasan mucho menos advertidos esos niños...

264. A: Y el segundo punto, bueno, en relación que tú dices de la observación que tú realizas en sala. Cada observación es siempre, parte...
265. M1: Trato de verlo como dos veces; en dos ramos distintos con distintos profesores. Por ejemplo voy al patio, observo educación física, y una en sala con el profesor que tenga. Y tomo los tiempos en que el niño se mantiene atento; voy tomando tiempo reloj... y en el caso de uno de los niños, llevaba una hora y media -porque también es un bloque completo, hasta el recreo- o sea, una hora y media, y estuvo 5 minutos sentados completos.
266. L: Pero esa es la medida del indicador conductual. ¿Y atendiendo?
267. M1: No, o sea ni siquiera atendiendo, porque el rato que estuvo sentado los 5 minutos ni siquiera estuvo atendiendo. Estuvo haciendo cosas, dibujando en el cuaderno, y después vio una hoja, y fue todo... [ríe]
268. A: Esta es una observación hecha a partir de la sospecha del profesor,
269. M1: Sí, porque estaba cansada porque "este niño no se sienta nunca, y no sé qué hacer".
270. A: Tú realizas esto, corroboras, y además...
271. M1: Hago una entrevista con el papá, y le pregunto el comportamiento en la casa. Generalmente pregunto cosas como el sueño, cosas que ve en la televisión, películas, la cantidad de juegos que hace, la cantidad de juegos. Estas observaciones...
272. A: Y por último, volviendo a la estrategia que utiliza el docente más o menos en aula, si tú ves que además acompañado de este movimiento excesivo del niño y esta dificultad de atención, se observa que la metodología tampoco favorece al niño. ¿Tú le haces esta retroalimentación al profesor? ¿y él qué, cómo acoge esto?
273. M1: Después de las veces que he ido no hay muchos cambios. Yo digo "¿te acuerdas que conversamos esto?" y "sí, pero no resulta"
274. A: Entonces lo importante de que tú derivaras el diagnóstico es que en el fondo corroboraras para derivarlo y mandarlo a infancia.
275. M1: En el fondo es el requisito, mejor que lo vea yo que soy un poco más especialista.
276. L: Pero en el fondo cuando tú le dices al profesor, parece que bueno, él tiene la voluntad de más bien de hacerte caso o no. No hay ninguna evaluación o cierta obligación técnico pedagógica, de que tiene que entablar esas herramientas...
277. M1: No...

278. A: Muchas veces hablaron de asistentes de aula. ¿Tampoco pueden tener relación con ellos?
279. M1: No no, nuestra idea era capacitarlos a ellos también para el próximo año. Eso, de que ellas se dedican la mitad del tiempo a revisar cuadernos nomás, cuando podrían ser un apoyo pero mucho más importante, especialmente para estos niños.
280. L: Y tú las observaciones que haces, son ¿solamente para estos casos que emergen? ¿o vas haciendo observaciones periódicas?
281. M1: no, generalmente trabajo en unos tres cursos en sala, y ahí voy de repente derivando en sala. Me ha dado resultados en algunos casos
282. L: Es otra manera de hacer screening.
283. M1: Claro, esto es muy bajo y muy inquieto; y ahora muy tranquilos. Y yo dije, no, estos niños no son para neurólogo, sino que hay que intervenir de otra forma, sentarlos cerca del profesor, cuando ya se desconcentran, a la tarea...
284. A: Pero el profesor te acoge eso
285. M1: Sí, en esos casos ha resultado unas dos o tres...
286. L: Y esos son casos en los que tu vai a la sala de clases “voy a ver” “voy a ayudar” “voy a ver cómo están los niños”
287. M1: Hay algunos casos específicos en los que tengo que ayudar a Juanito Pérez [ríe] porque está en un nivel muy bajo, muy atrasado, pero ahora están súper bien. Y estoy dejando un poco más de lado a los otros
288. A: Y lo último. Ustedes dijeron que no conocían el diagnóstico de entrada del niño, porque muchas veces los apoderados no quieren decirles que el niño está siendo diagnosticado. ¿Cuál ustedes creen que sería el motivo por el cual los papás se resisten a comentar esto?
289. M1: Yo creo que para que no los saquen de la escuela. Yo creo que tienen miedo que los saquen de la escuela, derivar a otra parte...
290. L: ¿Y eso ha ocurrido?
291. M1: No. O sea, muchos papás que cuando están diagnosticados, y cuando hablé con ellos, me pasó con el papá de varios casos que tuve que hablar yo con los papás, porque los profesores no podían explicarles qué era un limítrofe. Entonces yo les explicaba y me decían que la profesora les había dicho que los tenía que llevar a otro colegio, al Escuela Especial. Que no, les decía yo, les explicaba que el apoyo es distinto pero que existía, que su niño se sentía más lento que el resto del curso...

292. L: Pero, ¿en esta escuela ha habido invitaciones de irse a matricular a otra parte?
293. M1: Sí. Pero los profesores lo dicen, no el director. O sea, el año pasado me pasó con una profesora que dijo “no, hazte un diagnóstico y nosotros le pasamos el papel al director”. Más encima nosotros le hicimos al director una lista sobre los niños limítrofes, y los profesores fueron los que le dijeron el diagnóstico a los papás. Entonces por eso tuve que agarrar varios.
294. L: Y los profesores le dijeron el diagnóstico y que el niño se tenía que ir...
295. M1: O sea, “mire, tengo una lista que dice que su hijo es limítrofe”, entonces, la profesora dijo “tiene que irse al Escuela Especial ese niño”. Entonces ahí tuve que contener: que ellas no querían que el niño se fuera del colegio. Entonces las mamás generalmente tienen el miedo de que les evalúen y les encuentren algo malo, es que no quieren sacarlo de la escuela; muchas mamás no quieren porque les conviene, por movilización, por el sentido emblemático del colegio, y por la cercanía que tienen del trabajo.
296. L: Pero de parte de la escuela o por parte de sus profesores habría una cierta intención, de que no quieren trabajar con esos alumnos
297. M1: Yo siento, yo siento que para profesores pasan a ser “niños cacho” y, o lo dejan repitiendo o se deshacen de él. Y a mi me tocó un caso de niños que tenían problemas conductuales y los dejaban repitiendo, no porque no supieran leer, sino simplemente porque tuvieron problemas conductuales.
298. L: ¿Y en el caso de estos dos niños con SDA? ¿Tú sientes que la opción de repitencia pueda tener que ver con que finalmente se vayan?
299. M1: No, yo feliz con que se queden en la escuela, de que hagan actividades. Estos profesores en estos dos casos puntuales de los niños con SDA no los sentían como tan cacho, sino que “pucha, no puedo hacer nada, y voy a dejarlo repitiendo”. Pero no me ha pasado; porque me ha pasado con profesores que “este niño no vuelve más” y ya hay tres niños que no están viniendo más, que les dijeron “sabe qué, al niño no lo quiero ver más en la escuela”. Eso ocurre.
300. L: sí, eso ocurre. Son niños con más problemas de conducta.
301. M1: Entonces, al menos en estos dos casos de niños con SDA, no, porque simplemente al alcanzar el nivel adecuado no...
302. L: M1, pero tú dentro de tus estrategias profesionales, tú vas a la sala de clase. ¿Cómo lo toman los profesores eso?
303. M1: Voy a la sala, eh, diseño alguna actividad... Y también por cosas de tiempo, o sea, siempre hay algo que surge, esta cosas de los atrasos de los jueves por los paros...

304. 2: O sea, queda muy a arbitrio del profesor
305. M1: Generalmente cuando queda una hora desocupada. Ellos lo toman como que yo soy ayudante.
306. H1: ¿Te han dejado sola? ¿Como que se vayan a tomar un café?
307. M1: No [risas]. No porque yo siempre le digo a la profesora “yo no puedo estar sola con el curso, no tengo manejo” y les digo eso; porque sino a la hora que me ven que yo puedo manejar el curso, se vuelan. Entonces yo siempre le digo que no puedo estar sola... entonces generalmente no me dejan sola.
308. L: Bien, yo estoy súper lista.
309. A: ¿Hay alguna pregunta que quieran hacernos?
310. H3: Yo quiero hacerles una pregunta a ustedes. Con respecto a todas estas dificultades que les hemos comentado que tenemos acá en la escuela, problemas de coordinación que nos han faltado, ¿en qué nos ayudaría el proyecto? ¿hay algunas de estas falencias que narramos que este proyecto nos pueda ayudar?
311. L: Hay dos respuestas. Una, de hecho, conversarlo ayuda bastante a visibilizar cosas entre ustedes mismos, cosas que se dieron cuenta en esta misma entrevista o que se hicieron más patentes; y eso respecto de este proyecto en realidad es eso, porque luego la devolución de la información sí va a estar un poco organizada en algunos temas como debilidades y fortalezas que les puedan ayudar. Lo segundo tiene que ver con otra iniciativa como de apoyo y que no tiene que ver con este proyecto de SDA sino que es idea del CIAE y que tiene que ir conversando a ver qué ocurre con eso. De todas maneras yo ofrezco mi apoyo ya que hicimos una entrevista que, a mi también me permitió hacer una introducción a cómo están ustedes.
312. [agradecimientos y despedida.]

ANEXO 7

ETAPA 3

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

PROFESOR PRIMERO BÁSICO, ESCUELA 1

1. A: C tú le haces clase al primero básico, solamente...
2. C: Y a los talleres de teatro también a los terceros...
3. A: Y el relación al SDA, cuántos alumnos tienes con diagnóstico, no sé si realizado...
4. C: A ver, en mi curso estimamos tener aproximadamente unos 5 alumnos... [conversación interrumpida], unos 5 o 6 niños con SDA...
5. A: De esos 5 o 6 niños de un total de cuánto...
6. C: Total de 36.
7. A: ¿Y cómo se inicia el proceso de diagnóstico o de sospecha?
8. C: Esto se hace a principio de año, con observación directa hacia el comportamiento de los alumnos dentro del aula, frente a las normas y reglas que se establecen dentro de ella, y también evaluamos el nivel de absorción que tienen de la clase, de los tres momentos que la clase posee; el inicio, desarrollo y el cierre de clases. El inicio de la clase es para motivar e introducir al alumno en lo que se va a trabajar; el alumno te dice, no entiende los objetivos de la clase, porque no ha estado atento a lo que ha sucedido en la clase, y eso tiene otro lugar, y uno de eso se da cuenta inmediatamente cuando hace las evaluaciones a diario... "qué aprendió hoy", entonces que no saben no saben preguntar, lo que están hablando, o derechamente está atento a cualquier cosa menos a lo que está sucediendo en la sala de clase. Después la actividad de desarrollo, tú notai al tiro los niños que tienen SDA porque no saben qué es lo que tienen que hacer; de hecho te preguntan una y otra y otra vez qué tienen que hacer. Por lo menos unas tres o cuatro veces, hasta que le queda claro; por otra parte el curso ya está trabajando y está clarito que es lo que tiene que hacer. Y después, al cierre, no sabe dar una respuesta coherente a lo que se estaba trabajando durante la clase porque tampoco pensó durante las otras fases. Entonces durante el cierre cuando se concluyen los aprendizajes, este niño no sabe qué responder porque no sabe qué sucedió durante la clase; para ellos fue solamente un lapso de tiempo... no saben lo que pasa ahí; entonces el aprendizaje que se tiene que lograr en esa clase no se logra. Porque no saben usar su atención... Luego de eso, si la conducta se repite durante mucho tiempo y ya no resultan las estrategias; cuando no se puede llevar el desarrollo de la clase; se le pide al equipo de intervención de la escuela, que lleva un tiempo considerable que es un mes por lo menos, donde se ve que las primera evaluaciones. Entonces se le pide que se guíe para ver cuáles son las posibles TEL o trastornos del aprendizaje que tenga presente, para poder ya generar estrategias para poder superarlas. Eso es más o menos el trabajo que se hace para evaluar y determinar cuáles son realmente los niños que tienen SDA, y no solamente, sino todo tipo de problemática.

9. A: Ya. Entonces a principio de año, este primer mes se ve como la contraparte...
10. C: Sí, un mes o un mes y medio, ya deberían estar las cosas listas para empezar la intervención...
11. A: ¿Quiénes califican este proceso?
12. C: Este proceso primero lo tuve yo, directamente como docente. Después se le piden los informes de años anteriores, porque vienen ya con informes hechos
13. A: ¿A quién se los pides?
14. C: Esos informes se entregan a principio de año, cuando tú matriculas a tu hijo, si presenta algunos problemas de tipo trastorno o una deficiencia, se entrega un informe para respaldar todos los antecedentes que tenga el niño, o resultados que tenga... eso lo trae la situación conductual. Si el informe no trae nada, viene citación del apoderado. El horario para que el apoderado venga y se aclare si el niño ha sido o no ha sido tratado, en lo que se pueda recabar información sobre el niño. Pasado este paso, se les pide que se le avise al apoderado que el niño va a ser intervenido tales días, para ver qué aprendizajes del alumno, y cuáles son las posibles lineamientos que tiene que seguir el apoderado; en su casa, en la escuela, y... y el docente. Para la escuela el docente y... Después de eso viene todo el proceso de desarrollo, que ya es terapia que tenga el niño, reuniones con la diferencial, con el apoderado; ver cómo va evolucionando el niño, si el trabajo va mal, si no le gusta, si le agrava mucho... Si el aprendizaje se va recibiendo, las unidades van recibiendo, para ir viendo en el camino y modificando de forma más receptiva las estrategias de aprendizaje. Esa es como la línea de trabajo; y a final de año se le entrega un informe de forma base, los logros que ha tenido el niño durante el primer semestre; el segundo semestre a final de año se hace un informe acabado, dependiendo de la asistencia que tenga el niño; de lo que logró, de lo que no se logró, lo que queda pendiente para el próximo año, si no le toca con el mismo profesor se hace un informe para que lo vea el colega que sigue con tratamiento, es más o menos el trabajo que hacemos acá en la escuela. Obviamente todo respaldado por los directivos... nos entregan el poder a nosotros y nosotros lo tratamos de responder de la mejor forma para que ellos no tengan que intervenir. Porque para ellos es otro trabajo, y hay más importantes que la parte pedagógica diferencial especial...
15. A: Una pregunta porque, porque ustedes tienen un equipo en la escuela, pero ¿tienen relaciones con otras instituciones u organismos, ya sea Servicio de Salud?...
16. C: Sí, es que nosotros ya agilizamos el proceso de salud. Antiguamente acá se derivaban los niños para trabajar el perfil diferencial o psicológico de los centro de atención pública; para ir a una institución, ONG o lo que sea donde atiendan trastornos del aprendizaje, primero tienes que pasar por el consultorio. Ahí te dan una cita, y te dan mínimo de un mes para otro; entonces nosotros como escuela lo que pensamos es como tener un antecedente de gente que trabaje en la escuela, acreditado, no sé si... esta institución requiere papeles diagnósticos psicológicos, la escuela ya los entrega; entonces ya no tiene que ir al consultorio a hacer ese papeleo; nosotros entregamos el test psicométrico, si quieren lo revisan allá y lo pueden validar, que son, como son instrumentos validados por el Estado. Entonces ya no tiene el apoderado que ir al consultorio a pedir hora de un mes para otro; sino que nosotros le acortamos el plazo, del informe para que ella pueda

participar en la ejecución, de la forma que quiera. Y si dicen que no les basta el informe, que ellos trabajan con otro tipo de informes, nosotros lo vemos y todo para que los tiempos se acorten...

17. A: En el caso del SDA, ¿cómo son las formas?
18. C: Acá el psicólogo trabaja con los casos que son más leves. Él los ve, él hace el seguimiento, él deriva a las instituciones. Él los trabaja y los deriva a otro centro de salud, y hace los trámites... más que nada a nosotros nos falta que nos de las indicaciones en específico, "este chico tiene tal problema, es de tal forma, y hay que trabajarlo de este modo" "ah, ya"...
19. A: ¿Él es quien trabaja con el diagnóstico?
20. C: El equipo de la escuela...
21. A: ¿Qué acciones se realizan por parte del equipo?
22. C: Ya. La escuela, como te dije anteriormente. Las acciones que realiza la escuela son: primero diagnóstico; después un tratamiento que puede seguir acá en la escuela el psicólogo o la diferencial, se le saca del horario de clases para seguir con tratamiento. Si el tratamiento no fuese posible de hacer en la escuela porque requiere otro tipo de herramientas, se deriva...
23. A: ¿Es el caso de los niños que esos cinco niños que tienes?
24. C: Esos son niños que se están trabajando acá directamente en el establecimiento. Porque no son severos.
25. A: ¿Qué tratamiento están teniendo ellos?
26. C: Eso lo tendríamos que hablar con la encargada. O sea, ella le puede decir lo que está haciendo; pero yo saber qué está haciendo...
27. A: Pero ¿tienen tratamiento medicamentoso?
28. C: No porque no son casos severos. He sabido de niños que los han derivado, sí...
29. A: O sea, que son sólo algunos niños con SDA que son derivados con neurólogo...
30. C: Sí. Cuando son muy severos, muy muy muy extremos, se pide que se vayan a neurólogo. H1 hace un informe y nos deriva directamente, pero es ya casos cuando son muy heavy, que H1 trata de no darle la pastilla a la cosa... es más como que sí se puede solucionar.
31. A: Ah ya, intenta conectar más con estos recursos de como ser ayudado por la psicopedagoga o...
32. C: Si, pero yo he sabido que hay varios casos que el psicólogo ha derivado porque la profesora también pide. Ella, su hiperactividad y el SDA en la sala de clases son muy elevados
33. A: Y eso no se activa con tu alumno, digamos

34. C: Es que no se ven tan severo porque, es primero básico y los primeros básicos son muy energéticos. Entonces no se ve tanto; en cursos mayores sí porque son más tranquilos. Entonces la hiperactividad y el déficit se notan más que en los cursos pequeños; es un juego ahí. Por eso yo digo que no es necesario en primero básico, a menos que sea muy grave; pero en primero básico yo no lo dejaría. Trataría si de que lo manejaran y enfocaran la energía en el estudio de alguna forma, pero no con lo que es la pastilla, el medicamento.
35. A: Y, eh, ¿qué dificultades se te han presentado en la escuela?
36. C: A ver, como te conté en un principio, las dificultades más grandes son las normas, se atrasan en su desarrollo, no aplican habilidades en la sala de clases como es debido - porque su nivel de concentración no se lo permite- y están derechamente por los familiares con esto, porque los padres tienden a tener sanciones con estos hijos, piensan que sus hijos son malos... El único problema es que el niño tiene que ser tratado para solucionarlo; no es que sean más o menos que los otros. Porque no es que sea un niño con Síndrome de Down -porque los comparan a niños de ese nivel- les digo que no es lo mismo. Puede que sea un problema neuronal muy leve, que se puede trabajar... se asustan, porque uno les habla del psicólogo y como que, "por qué" y si les dicen neurólogo es peor... "Ah mi hijo se va a ir..." entonces tienden a tener un prejuicio y no a percibirlo como ayuda, sino como una amenaza contra la salud del niño
37. A: ¿Qué rol para ti jugarían los padres en la evolución del niño?
38. C: O sea es que los padres tienen que ser 100% cooperar y comprender, y si hay algunas recomendaciones que se les dan del establecimiento. Porque si no sigue, si no se viene todos los días, tenís que volver a subir y caminar de nuevo y andar con eso... tiene que ser constante; si no es constante no sirve.
39. A: ¿La escuela promueve instancias colaborativas con los padres?
40. C: Sí, se generan instancias colaborativas, tanto reuniones de profesores con apoderados, com la de jefa diferencial con psicólogo; y el equipo completo que tenemos, con los apoderados. Pero reuniones nosotros con ellos; nos explican, después nosotros tenemos reuniones explicativas, entonces tenemos que ir y decirles tal cosa, que por favor vamos quedando cojos con esto, que no pierdan la oportunidad... es como bien jugado el equipo que tenemos.
41. A: Y ¿qué rol encontrarías tú que juegas tú como profesor en este proceso?
42. C: No sé, yo soy la piedra angular en esto, no puedo ser otra... soy el que trabajo con ellos directamente, tengo más tiempo con ellos, me contacto con el equipo porque si pierdo la metodología o cambian algo y yo no lo sé, la repercusión es para el alumno. Entonces siempre estar atento, ser lo más empático posible, con los niños, tratar de que no sobrepasen la situación, tratar de dejarlos lo mejor posible.
43. A: Pero respecto de la metodología, hay intervenciones... es decir, para ejemplificar, ¿cuáles han sido las intervenciones que has hecho con niños que tienen más dificultades de atención en el aprendizaje?

44. C: A ver, con los niños que tienen mayor problema de atención, se trabaja primero en grupos operativos. En los grupos operativos cada uno tiene un rol, y eso es trabajo en grupo. No es que nos juntamos, nos pegamos y hacemos un grupo; sino que aquí todos tienen un rol, tienen una función, que se une al grupo. Cuando tú tienes funciones la persona lo hace, o todos caen. Entonces hay una presión dentro del grupo para lo que tiene que tener atención en lo que está haciendo, sino el grupo va a decaer en efectividad. Te hablo como Hombre, porque como Hombre la competitividad es, que no hay otros integrantes. Entonces en el equipo dicen “ya, él recorta, él pega, él escribe, él expone” para que sienta que es parte y que tiene que cumplir. Entonces toda su atención está en hacer sólo lo que le corresponde; o sea, si lo sacamos de donde está, lo metemos en un círculo y lo cerramos, tratamos de lustrarlo. Entonces toda su atención se vuelve en lo que tiene que hacer ahí: y si lo sacamos y le avivamos su energía a que haga algo. Tratamos de que en los G.O. tenga un rol, que no tenga que pararse e ir a molestar al otro, o ir a molestar allá; sino que “no, te tocó a ti, tú tienes que hacerlo, vamos vamos” y entonces todo eso, hace que se aunque se sienta y se aburra, siempre esté recortando, qué animales, qué dibujos, si estamos hablando... está recortando y *sabe* lo que está recortado. Un animal, un mamífero, sus características, entonces va trabajando y va haciendo preguntas. Ahí se ve que si estuviera individualmente estaría dibujando, paseando...
45. A: O sea que es como una estrategia, de grupos operativos...
46. C: Eso, los grupos. Tenemos también las disertaciones, que ya son una forma buena también porque así trabajan en la casa, pasan por la pega y ven y trabajan y se acuerdan y exponen. Es una única experiencia entonces se acuerdan y pueden enfocar su atención mientras lo hacen. En la evaluación tratamos de que la asistente que tengo en aula tome las pruebas con ellos, la acompañen, que se encarguen... yo me doy una vuelta para atrás, y está todo bien... y vuelvo...
47. A: Cuando hay clases en aula...
48. C: Se hace trabajo focalizado con cada uno de ellos. Siempre los sentamos -dos o tres por fila- entonces nos turnamos para pasar por las filas, yo paso por el otro lado, y cuando terminan se van, pero ella se queda ahí. No lo dejamos que se distraiga, porque si se va a distraer, o se para, ahí quedé...
49. A: Te basta con las acciones que se ejecutan en la escuela, o, ¿te faltan otras?
50. C: Yo creo que las instancias que tiene la escuela son muy buenas; yo creo que lo que falta es gente que... más gente, porque tenemos una matrícula de niños de 1.200 alumnos. Con dos diferenciales no abarcas todo el alumnado; ni con un psicólogo, ni con un asistente social. Se requieren más[...] nosotros requerimos un poco más de gente que trabaje en la escuela; lamentablemente esto no se da gratis, hay que pagar... entonces nosotros trabajamos con proyectos SEP que son los que dan, mantienen nuestro entorno... pero ya la Municipalidad, Corporaciones, el Estado, que tiene este tipo de departamentos [...] porque ya no podemos dar, taparnos los ojos con una venda. Y llegar a la escuela a otra escuela; “no, el niño tiene problemas, mándalo al colegio donde trabajan con niños con problemas”, siendo que las escuelas tienen que tener las instancias para solucionar este tipo de problemas. Deberían ya existir leyes que hablaran del trabajo derechamente del

psicopedagogo, en las escuelas. No como contrato que nosotros lo hicimos como modo de inclusión... sino como ser parte del colegio.

51. A: Y, ¿qué se espera en la escuela respecto del tratamiento del SDA?
52. C: Eh, que el alumno pueda salir de esta instancia, y que pueda no requerir de la ayuda. Quiere que sea un niño sano, es un futuro que todos queremos, sin intervención, para poder solucionarlo [se interrumpe la conversación por terceros].
53. A: ¿Hay algo más que te gustaría decir?
54. C: Eh, no.
55. A: Gracias C... ¿Habría posibilidad de obtener, digamos, comunicación con los apoderados, para preguntarles por su experiencia con niños con dificultad en atención?
56. A: Sí, pero tenemos que hacerlo luego.
57. [discuten detalles y se cierra la entrevista]

ANEXO 8

ETAPA 3

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

PROFESOR SEXTO BÁSICO, ESCUELA 1

1. (Hay comentarios acerca de Universidades tradicionales, antes de comenzar formalmente la entrevista)
2. A: Bueno, de antemano agradecerle por participar en esta entrevista, y, ehm, partiendo te quería preguntar cuál es, digamos, el número de alumnos con conocimiento de que sean diagnosticados con SDA...
3. P: Yo tengo entendido que dos. Dos de acá: o sea, es lo que me cuadra a mí con... dos niños. Esto no quiere decir que sean los únicos, ¿ya? Solamente con SDA serían dos, y los demás tendrían otras...
4. C: O sea, otros que están con sospecha...
5. P: Justamente, yo tengo la sospecha de que tienen un tipo de SDA tal vez no tan severo, por tanto no se han, no ha sido prioridad mandarlos a diagnóstico *aún*. Se está trabajando de otra manera. Eh, con, compañeros monitores, porque aquí se favorece mucho el trabajo colaborativo, así es que hasta ahora no ha habido mayor problema...
6. C: Y estos niños ¿cómo fueron diagnosticados? ¿llegaron diagnosticados, o los derivaron de acá de la escuela?
7. P: Venían con informes muy antiguos, de dos a tres años, y bueno, al darse cuenta del problema se pasaron a la persona encargada, que es la psicopedagoga del colegio, que ella obviamente les hace una evaluación, que no es un día: son varios días que ella los saca de la sala, les toma pruebas... También pasan por el psicólogo, también le aplican pruebas de CI, cuando son de bajo rendimiento, para ver si también hay... y ellos tienen como una visión holística de la problemática del niño: eso es muy bueno del equipo...
8. C: Ya, pero cuando a ellos los diagnostican, la sospecha de estos problemas, ¿las informas tú al equipo? ¿de dónde sale esta sospecha de que el niño pueda tener SDA?
9. P: No, yo le digo desde mi observación, desde mi experiencia, y yo no le digo "bueno, este chico tiene déficit" sino que yo le digo "mira creo que este chico tiene problemas, me gustaría saber *qué* pasa con él" y bueno, la psicopedagoga los toma, los somete a pruebas, conversa con ellos, y ella me entrega un informe. Bueno, ese informe va complementado; la mayoría de las veces va complementado con el psicólogo, y muchas veces también - bueno no con los chicos de SDA- con los chicos que se mandan al equipo -porque es un *equipo*- los ve el Orientador, para ver si hay factores ambientales que puedan estar

influyendo. Entonces, te digo, no todos los casos son iguales: los que han pasado directamente por la psicopedagoga es porque son SDA...

10. A: Y tú en base, digamos, a estas observaciones que tu dices que tienes un problema... si tú pudieras especificar, qué tipo de problemas son los que observas que te hacen sospechar de...
11. P: Bueno, falta de concentración, eh, que no trabajan en forma sistemática, no se pueden concentrar en una tarea... eh, los tiempos de concentración son demasiado breves para su edad, los estadios de concentración son *muy bajos* de acuerdo a la edad, y ehm... no logran estar concentrados, cinco, diez minutos; que me parece que de acuerdo a su edad no va de acuerdo, ¿ya? Y ehm, bueno en principio uno lo puede tomar como falta de motivación; primero uno trabaja con la motivación, tratando de ver si es por ahí el tema. Luego, después que he tratado de motivarle, de acercarme y de ayudar y apoyar, y no lograr nada, te das cuenta que es un problema que escapa al alumno: que no es el que no quiera aprender, sino que no se logra concentrar. Entonces yo creo que eso es lo más importante.
12. C: Como qué tipo de estrategias... a qué tipo de estrategias recurre tú...
13. P: Ehm, bueno cuando estoy en el aula, primero, estos chicos no se pueden sentar con otros chicos que también se distraen: como con niños que los ayudan, que no van a empeorar su situación... muy adelante, y estoy muy pendiente de ellos durante la clase. Me preocupo de que si yo explico algo, trato de explicarlos de una forma más concreta con ellos, y siempre estoy pendiente de que ellos parafraseen lo que yo estoy diciendo, para verificar que ellos entendieron o no entendieron lo que yo estoy explicando. ¿Cómo lo entendiste? ¿me lo podrías explicar con tus propias palabras? Y eso, así voy monitoreando. Y siempre sacándolos adelante, siguiendo muy de cerca el trabajo, de ellos... de esta forma ellos saben que yo siempre los voy a estar integrando, entonces ellos de una forma yo los *obligo* a estar atentos... pero con todo eso, uno no logra a veces los resultados, porque los niños igual se distraen. Y yo siento que estos casos, estos dos casos, los niños realmente escapa a ellos. O sea, ellos “señorita -en la mañana- me voy a portar bien hoy día” y, ellos tratan: y ahí te das cuenta de que no se trata de un problema de motivación, o sea, separas, no es motivación sino que es un problema de que ellos tienen un problema... Bueno aparte ellos siempre están jugando, tienen algo e la mano, están jugando, desconcentrándose... y si ya no tienen nada, empiezan a tocarse el pelo, a jugar con el pie, se observan muy inquietos en el suelo...
14. A: Ya, hay más tendencia a la hiperactividad...
15. P: Sí, y también yo lo veo asociado a eso...
16. A: ¿Tú has visto casos en los que no se manifieste la hiperactividad?

17. P: Por supuesto, por supuesto. O sea, yo te digo *puede* estar asociado, pero no siempre. Como te digo, yo no soy especialista: yo digo 'desde mi experiencia', 'desde mi intuición', yo los tomo, y bueno, pongo el conocimiento que uno dijera, el barniz básico que a uno le entregan en la universidad también; que cuando nosotros nos formamos como profesores también nos entregan una herramienta para darnos cuenta, pero son muy básicas, o sea, no somos especialistas. Integramos todo eso y tomamos la decisión de enviarlo al departamento de, se llama departamento Psicosocial (ríe) por eso te decía, es un grupo multidisciplinario y lo encuentro, lo encuentro genial. Bueno, la psicopedagoga les hace todas las pruebas, hace muy buenos informes, y eso, esos informes que ella entrega me dan una visión más clara de lo que yo tengo que hacer: o sea, del problema del niño primero, y también viene con sugerencias de cómo yo lo puedo ayudar. Ahora, otra cosa que me ha ayudado mucho es que viene a veces al aula la psicopedagoga, a estar con estos niños. Es muy profesional; viene, observa a los niños y me dice, "mira, observé *esto* - porque después tiene una reunión conmigo- y sabes, el problema de este niño es *este*, y lo que yo te sugiero, lo que tú puedes hacer" entonces, es muy valioso como aporte...
18. A: Eso como a nivel de estrategias *pedagógicas*...
19. P: Pedagógicas, totalmente pedagógicas. Porque, y hablando bien la realidad, cuando tú tienes 37, 40, 43 niños, aunque, se te van cosas... Y tú no te das cuenta: puedes ver que Juanito está inquieto pero no te das cuenta de cuál es el problema puntual. Ella [la psicopedagoga] se sienta al lado del niño, cerca del niño, y le va viendo lo que escribe: entonces ella tiene una visión más, como más profesional, de especialista, y más personalizada con el niño en el aula, mientras uno hace clases, entonces...
20. C: Pero a tí te sirve esa retroalimentación...
21. P: Sí. El tema es que ella es *una*. Bueno, ahora hay otra chica, pero trabaja para el otro ciclo: entonces ella va a otros cursos, tiene que hacer otros informes y entonces son muy pocas las horas que puede estar en el aula.
22. A: Esa es como la retroalimentación que te hace a ti pero, ponte, ¿tú tienes asistente de aula?
23. P: No. No.
24. A: Tú trabajas con profesores practicantes...
25. P: o sea, he tenido uno
26. A: O sea, no es algo regular...
27. P: No no no... estoy en segundo ciclo, entonces vienen solamente profesores especialistas: de Historia... si yo estuviera en primer ciclo... sería que la niña va a hacer todas las

disciplinas. No es el caso mío que son profesores que vienen a hacer la práctica solamente en Historia, o en Lenguaje, Matemáticas, ¿me entiendes?

28. C: Sí, si... o sea, no hay un trabajo...
29. P: No no hay un trabajo. Que a veces también sirve mucho.
30. A: Ya, eres tú entonces, digamos, con la ayuda de la psicopedagoga...
31. P: Claro. Pero como te digo, es muy buena, yo la encuentro muy efectiva, *pero* es poca, por las horas que a ella se le asignan también, porque ella tiene que hacer informes, pruebas, sacar niños de la sala; entonces no está sólo para estar en la sala con mi curso, o sea, es un colegio grande...
32. C: Estos, estos niños que tienes ahora, ¿están con medicamentos?
33. P: Eh, sí, hay uno que está medicado, y está con medicamentos... Y hay otro que no son medicamentos solamente para la concentración. Y hay algunos que están con diagnóstico para ser medicados, y los papás a veces no les compran los remedios, como corresponde. Ese es otro tema.
34. C: Pero tú ¿notas algún efecto del medicamento?
35. P: Por supuesto. Inmediato, inmediato, la concentración les sube pero inmediatamente: incluso los niveles de agresividad en algunos casos...
36. C: ¿Disminuyen?
37. P: Disminuyen. Aumenta la concentración y disminuye veces la agresividad, en algunos. Porque muchos de estos chicos tienen una, o sea, yo te voy a nombrar un caso que tiene SDA. Este chico por ejemplo toma medicamento, y cuando él no toma, se nota demasiado, o sea, por ejemplo, no se concentra, no se conecta con sus compañeros, y entonces todo lo interpreta como que lo están agrediendo. Es increíble, o sea, parece que no sólo afecta su concentración sino su visión de ver las cosas, como percibe el mundo...
38. C: Y la medicación, ¿se la dan en la casa?
39. P: En la casa, en la mañana. Pero a veces qué pasa, que la mamá, a veces los papás no son muy rigurosos para darle los remedios. Entonces pueden pasar dos semanas que no se los han comprado, o no los han ido a buscar al Hospital y puede pasar un mes sin medicación, y entonces me queda la escoba...
40. C: Pero, en ningún caso ustedes ha visto que sea, o tener que ser la que le de el medicamento...
41. P: Sí, en un caso sí. Pero es un chico que ya no está, y que tenía principios de esquizofrenia. Y ya, no me quiero referir mucho a ese tema pero tenía que darle cuatro

medicamentos a tales hora... mucho medicamento, ese niño venía... y si no se tomaba ese medicamento de hecho, por eso fue, porque la abuelita no le estaba dando el medicamento como correspondía, porque decía que le daban mucho sueño y que le quitaban el apetito. Y este niño que le dio fuerte, casi mata a otro niño aquí dentro de la sala. O sea, pero muy fuerte, muy fuerte.

42. C: Pero en algún caso de SDA no te ha pasado, ¿no?
43. P: No, no, no no. Hay cosas que favorecen porque hay un buen clima de aula. O sea, yo por ejemplo, hay una normalización de la clase, o sea, hay un buen ambiente: hay silencio, que estén todos bien concentrados, que estén todos en silencio: eso también los ayuda a ellos, que se crea aquí con la disciplina, un espacio de la “escuela-aprender”. Si tú te fijas y observas, estos niños que te he señalado están adelante, de los primeros (señala algo) y está con su compañero que no le cuesta tanto y le ayuda... lo mismo pasa con el otro niño -que ahora se cambia de puesto por que llegó tarde. Y aquí hay otros chicos...
44. P (CONT.): [la conversación se interrumpe por la llegada de otro alumno, que acusa a un compañero, la profesora soluciona la disputa] ... La prueba es como eso [ríe] Así que eso: aquí hay mucha diversidad de niños y dentro de la diversidad que tienen es que están integrados estos niños...
45. A: Eh, profesora, quería conocer si esta visión, digamos, cuando ves un niño que tiene reales dificultades en la atención, y tú ves que no es un problema motivacional; todo esto pasó para que ve esto puede ser producto de un SDA, ¿es compartido con los demás colegas? ¿cómo tu lo sientes?
46. P: En el caso... no sé si te entiendo bien la pregunta, pero en el caso mío, que yo le hago casi todas las asignaturas, se comenta solamente con el profesor de Inglés, y con otra que ya no está. Por qué, porque yo les hago todas las asignaturas: ya 7º y 8º empiezan a cambiar, ahí tienen profesores de distintas asignaturas así que no tienen mucho...
47. C: Pero a los alumnos de distintos paralelos, digamos, o de otros cursos...
48. P: A ver, no te entiendo mucho... ¿si acaso comentamos las experiencias y las formas de abordarlo? Ah ya, no que comentamos acerca del niño; que cómo está, que cómo lo ves tú, no no es eso...
49. A: No, todavía no es, porque esta experiencia, en el caso tuyo, de cuando tú empiezas a entender que el SDA es producto, no es al tiro... Me da la impresión de que tu mirada no es como que “ah este niño puede ser SDA” sino que es a partir de, hay que hacer observación, mucha observación y tú dices, “ah ya, no resultó la motivación”...
50. P: Aquí no hay mucho espacio para que conversemos los colegas, eh, tenemos casi todas las horas ocupadas, entonces salimos de una sala y a veces puede pasar una semana que lo que está haciendo la profesora de al lado de la sala mía, no conversamos; entonces no

hay muchos espacios porque casi todos trabajamos así. El trabajo en paralelo es muy poco. Los chicos mira, si tú los observas, mira en lo que están (pausa), atentos ¿te fijas? Sacan los juguetes, ellos siempre sacan los juguetes, y si no los tienen, sacan, se ponen a jugar con un dedo, juegan, o se ponen a jugar con el dedo, no sé, con el pie o con el cordón del zapato. La cosa es increíble, es increíble [ríe]

51. A: La cosa es jugar con algo
52. P: Claro
53. C: Pero de todas maneras yo, de alguna manera, igual hay ciertas normas de disciplina...
54. P: Todos, todos. No hay ninguno que se escape, que no obedezca las órdenes...
55. C: Igual tú los marcas y ellos saben...
56. P: Si, no, súper bien. No tengo nada, ningún problema y eso facilita el trabajo. Pero de verdad es difícil, porque tengo niños que me dan... tengo mucha exigencia, intelectuales mayores, y ellos igual me atrasan. Me atrasan porque tengo que complementar y ellos [los otros alumnos] me dicen "¡ya señorita!" como diciendo "ya esta señora que explica una y otra vez la cosa, si ya lo entendí". Si yo tengo que también a ellos enseñarles y educarlos, en que somos un equipo, somos un grupo, y que no podemos dejar a alguien atrás. Y eso de repente a los chicos les cuesta aceptarlo. Me dicen "señorita repitió lo mismo" o sea en el fondo claro, de alguna manera pero, porque me tengo que a veces quedar pegada con los contenidos porque por ejemplo ahora estamos viendo ecuaciones de primer grado, y es demasiado abstracto entonces les cuesta, les cuesta mucho...
57. C: Tú tienes clase sólo en este nivel, en sexto...
58. P: No, yo los tomo en quinto y los dejo en sexto. Y ahora, debería yo volver a quinto, tomar otro curso y dejarlo en sexto. Soy como especialista en este nivel...
59. C: Entonces tienes tiempo, ahí hay dos años para ver la evolución de los chicos... y depende de los chicos el SDA, ¿van mejor? ¿van de menos a más? ¿los notas igual?
60. P: Yo creo que con los niños con problemas de aprendizaje tengo más avances, que tienen solamente problemas de aprendizaje. Con el SDA influye directamente en los aprendizajes, pero yo lo que veo y me da un poco de pena decirlo, lo que más ayuda en el SDA es el medicamento: una vez que el niño está medicado, yo puedo aprender con él, puedo recién entrar a que ellos aprendan. A veces es muy difícil y en verdad, sinceramente, no tengo las herramientas para decir "no en verdad no lo mediquen, yo tengo las herramientas y lo voy a contener", porque está en el centro de un curso muy diverso, entonces tengo que avanzar con el grupo y se me hace muy difícil.
61. C: Una vez que ya se han diagnosticado y que están siendo medicados, tú sientes que hay una evolución...

62. P: Yo realmente, o sea, puedo sentir que hay un avance, porque cuando el SDA ya está manejado, por el medicamento, yo ahí puedo entrar a enseñar porque a veces es imposible, o sea, por más que yo me esfuerce se distraen... o sea, como te explicaba, se dan vuelta y [el ruido hace inaudible el diálogo, la profesora los hace callar, mencionando que se está grabando la clase, luego les agradece]
63. C: Eh, ¿tienes alguna retro alimentación de los profesores? Por ejemplo de 7º y 8º, como para saber si estos niños, qué pasa con ellos, si siguen teniendo problemas, o...
64. P: Eh, bueno, en 5º, cuando pasan de 4º a 5º ya se les aumentan las horas, se les incorpora un ramo, o sea, traen ya más materias pero una baja de nota... y en 7º como tú me decías, aún más; entonces muchos de estos niños desertan, porque a veces están en riesgo social, entonces ahí está como la lucha...
65. C: Entonces, por ejemplo, cuando han sido medicados [...]
66. P: Yo la verdad entrego el informe, "mira este chico cuando yo"... por ejemplo ahora, de estos niños yo tengo una reunión con la profesora, en estos momentos tengo una reunión y vamos niño por niño viendo, desde el primero de la lista, viendo con todos, y se les entregan todos los antecedentes. Bueno y cuando no se acuerda me dice "P, ¿qué pasa con este niño?" y ahí se dice "no este niño siempre ha tenido problemas, este niño *aquí*, este niño *acá*" y nos vamos entregando información y pasando datos y consejos. Eso, pero en el momento cuando yo le entrego una ficha del niño.
67. C: Cuando están haciendo el cambio de mando, digamos [ríe].
68. P: Claro, y bueno, a veces después de eso, en el transcurso del año ellas me van preguntando, pero eso es al comienzo; después la colega ya toma sus propias estrategias, pero sí comentamos de los alumnos. *Qué pasa con este niño, y este niño de acá, no se concentra, que tiene problemas de concretismo...* Por ejemplo ahora tengo dos chicos, los dos que tienen SDA y que desde mi apreciación, porque uno es diagnosticado no más... y estos niñitos pasan a 7º, entonces a mi de verdad me preocupa que se vayan a caer más en la materia, me preocupa. Hay uno de ellos, que la mamá tiene todas las herramientas para ayudarlo, pero hay otra que nada: entonces eso me preocupa.
69. A: Pero qué otras instancias de participación se extienden para la conversación de los apoderados... Eh, acorde con ellos, estrategias conjunta o retroalimentación en el caso de niños diagnosticados con SDA... Qué apoyo sientes por parte de los apoderados...
70. [Un tercero interpela a la docente]
71. P: ... La verdad no mucho. Hay uno de ellos que por ejemplo viene a las clases, porque no se logra concentrar y que el apoderado sabe, el apoderado el horario de atención de apoderados lo ocupó durante todo el año para que yo le enseñara matemáticas. Y el

apoderado le enseñaba en la casa: yo le enseñaba al apoderado y el apoderado le enseñaba en la casa. Lo encontré fabuloso...

72. A: ¿Y eso surtió...?

73. P: Sí, mucho efecto. Cuando ella tuvo problemas para venir, en cuanto a lo económico, porque ella no tenía los recursos para venir, locomoción... y lamentablemente a veces no venía, y esa falta de primer semestre, el niño súper buen promedio en matemáticas, por ejemplo, y el segundo semestre, yo lo puedo ver en forma concreta, 4.4, y aquí el apoderado desapareció y empiezan los rojos... Yo realmente creo que el apoyo es súper fundamental; pero a veces los apoderados no se pueden apoyar, porque no tienen ni ellos las herramientas. Muchas veces los apoderados también tienen problemas de concentración, y les cuesta. En la reunión de curso yo a veces explico los contenidos, uno por uno y anoto en la pizarra anoto, como enseñándoles, y tomo como 20 minutos para eso, pero a veces el apoderado no entiende... Entonces también hay una desventaja ahí, que muchos de estos niños tienen padres que no tienen herramientas para apoyarlos en la casa, aunque quieran. Y también los tiempos: los niños pasan a veces mucho solos, y esa es como la realidad, la realidad es que hay mucha vulnerabilidad. Entonces eso es porque, por ejemplo, madres o padres que so únicos sustentadores y tienen que trabajar y los niños pasan mucho tiempo solos; entonces los niños se desbandan, pasan mucho tiempo ahí, entonces quedan a la deriva, y es solamente lo que se entrega aquí en el colegio... Uno la mayoría de las veces no alcanza a suplir las necesidades de ellos: ahora, lo bueno es que todos los niños que tienen problemas se mandan a un taller de matemáticas y lenguaje los sábados, y ahí podí avanzar un poco más con ellos, porque hay poco más de diez alumnos, por lo tanto es más personalizado. Y estos niños ahí han podido, yo diría, en esas horas, yo puedo hacer un poco más con ellos: lograr nivelarlos un poquito más que el resto. Muy poco.

74. A: Tú has mencionado las dificultades de aprendizaje asociadas al SDA, ¿qué dificultades hay entre relaciones entre pares (o similares)?

75. P: Bueno sí, a veces hay problemas desde económicos, o sea niños que a veces no tienen para las comidas necesarias...

76. A: Pero en relación a los niños con SDA, ¿hay problemáticas de ese nivel?

77. P: Por ejemplo uno de ellos tuvo problemas severos de desnutrición por falta de [...] para mí es importante eso, o sea, los papás, la mamá es la única sustentadora, y si está sin trabajo también afecta a los niños; en algunos lugares hay violencia. Puede haber alcoholismo o incluso drogas... entonces hay varios niveles de vulnerabilidad en el colegio y ha llegado una cantidad de niños con fuertes problemáticas, entonces no solamente un niño que tiene un hogar normal y que tiene SDA, sino que son múltiples problemáticas asociadas. Y como son vulnerables también se hace como un montón de cosas de riesgo social, y eso va empeorando la problemática porque son niños que tienen menos

herramientas y les cuesta más salir adelante, desde el hogar, con el apoyo del hogar. Porque, qué pasaba, cómo yo hacía apoyo del hogar, que muchas veces escapa a ellos, a los padres, porque la mamá *tiene* que trabajar, es la única jefa del hogar, no tiene tiempo de venir acá para que tengamos más reuniones. El horario de salida es hasta las 15.30, yo no puedo quedarme hasta las 6 de la tarde en Ciudad 1, porque yo no soy de aquí de la zona, para esperar al apoderado que hable conmigo... O sea, hay un montón de situaciones externas al niño, que acompañan su déficit, que no ayudan mucho a solucionar el problema. En el colegio se le da todo el apoyo, pero entendemos que para que el alumno tenga éxito el alumno tiene que estar acompañado, y alineados la escuela y el hogar, y ahí yo creo que estamos todos: hay trabaja el orientador, pero no en todos los casos, o sea...

78. A: O sea, tú tienes una relación con el equipo psicosocial, acerca de cómo va la evolución del niño, desde que ha sido diagnosticado, porque ellos trabajan también con la red externa...
79. P: Sí, y ahora más...
80. A: Ya, y ¿se van retroalimentando del tratamiento del niño?
81. P: A veces no hay tiempo de hacer retroalimentación. A veces, es muy conversación de pasillo, no hay tiempo de sentarse para ver el caso del alumno, es muy rápido porque en verdad, para esta escuela tan grande. Y a veces ellos siempre andan corriendo apurados, con informes que son de los niños. Es difícil a veces entregar estos espacios para conversar de esto al niño. Es más, incluso para enviarlos a todos, todos los que realmente necesitan, quizá por eso tal vez sorprende que yo te hable de "los niños" y que solamente hayan diagnosticado a uno. Algunos están en proceso...
82. A: Pero entonces el equipo psicosocial no diagnostica, sino que realiza el peritaje, la sospecha, y ahí tiene que venir... para todo lo que el niño... entonces, hay uno en el fondo con un efectivo diagnóstico, pero tú crees que podrían ser más...
83. P: Claro, porque el tema es que estamos cojos con el tema del hogar. Yo creo que hasta ahí es cuando se agrava la situación. Porque aparte de traer SDA está inserto en una realidad social que no es favorable. Esa es la realidad que ve el colegio: porque la mayoría de los niños que tienen SDA, hasta un 90% son niños prioritarios o vulnerables...
84. C: Tú crees que eso se puede deber a al situación socio-económica, porque hay una relación directa...
85. P: Socio-económica, sí, y otras problemáticas que no voy a nombrar, pero hay problemas de violencia, cuando hay problemas de...
86. C: Falta de factores protectores...

87. P: Eso.
88. C: Si nosotros citamos a los apoderados de estos chicos, a lo mejor hay que orientarlos, hay que pedir que los apoyen...
89. P: Sí, lo que pasa es que muchas veces no pueden venir a la hora que yo tengo disponible. Tengo una hora de atención que es a las 11.15 de la mañana el día viernes, y los papás están trabajando a esa hora. Y a veces en la tarde también están trabajando, y me dicen que quizá ustedes podrían adaptarse a eso.... Pero en general hay buenas relaciones: yo creo que más ellos no quieren venir o que estén desvinculados, es que también su situación, y la situación en la que ellos se encuentran a veces no pueden hacer muchos, las mamás que trabajan y que dependen y que llegan tarde... Mira, lo que estoy haciendo, que las mamás ya no son las de 20, 30 años atrás, porque la mayoría trabaja, yo doy mi número telefónico, y a veces los apoderados se comunican vía telefónica conmigo. Algunos me critican la medida pero me sirve para estar más comunicada, porque para darles alguna posibilidad, alguna facilidad para que ellos puedan estar enterados de los avances o de las dificultades de su hijo.
90. C: Hay que abrir otra ventana, seguir intentando...
91. P: Atendiendo a las nuevas necesidades [reprende a un alumno por hacerla pasar vergüenza con su conducta] me tiene un poco nerviosa la bulla... es que no estoy acostumbrada a esto.
92. A: Para ir cerrando, qué desafío dirías tú que tienes, relacionado con este tema...
93. C: O expectativa
94. A: Claro, con el abordaje del SDA, a nivel ya más, a lo mejor a nivel de la comunidad escolar...
95. P: Me gustaría que... que hubiera más apoyo a nivel familiar. Apoyo familiar, que los hijos estuvieran en mejores condiciones. Y más apoyo en el aula, dentro del aula: porque estando en un curso grande, me es imposible, muchas veces, atender todas las necesidades [reprende a otro alumno, el curso hace ruido] el apoyo en el aula, y que se complementan, o sea, trabajar en forma articulada. Yo creo que los mayores problemas son la articulación, la falta de espacios para tomar decisiones en conjunto... más espacio, porque a veces hay poco espacio, poca retroalimentación... toda la articulación de todos los que estamos acá, todos los protagonistas, el alumno... y a veces los tiempos no están, están todos copados, y los cursos son muy grandes... Hay mucha dificultad, con decirte que hay diez niños con diferentes trastornos; he tenido con principio de esquizofrenia. He tenido diez niños, entonces atender las necesidades de cada uno, es mucho: y articulación, articulación con la familia, con el equipo psicosocial, comunicación un poco más fluida...

96. C: ¿Hay algún aspecto que no hayamos abordado, y que tú quisieras comentar? En relación al SDA.
97. A: Ehm, me gustaría de todas maneras que esta intervención, no sé, trabajo que ustedes van a hacer, de alguna manera me entregar a mí mas herramientas para poder atender mejor a estos niños. Esa es como mi inquietud, que los que ustedes vean me lo puedan entregar de forma oportuna para yo poder tomar medidas remediales con estos niños: porque yo en estos momentos siento que como profesora no tengo todas las herramientas, y ustedes desde otra mirada pueden estar apreciando... eso para mí sería muy beneficioso... y más que preguntar, pedirles eso.
98. C: Vamos a buscar las maneras que sean pertinentes... [risas]
99. [fin de entrevista]

ANEXO 9

ETAPA 3

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

ESTUDIANTE, ESCUELA 1

1. La entrevista comienza alrededor de las 11.30 horas. Se pone a disposición de J [alumno] lápices de colores y hojas para realizar ciertas actividades a lo largo de la entrevista. Se muestra tranquilo y ameno en su trato. Usa ropa informal y declara entender que realizará esta entrevista porque "le cuesta el colegio".
2. Pasó a séptimo año básico con dificultades, especialmente en matemáticas, en el contenido de ecuaciones de primer grado. Dice haber obtenido un promedio de 4 y algo.
3. Se le pide que dibuje un día que él elija de su año escolar, y que lo refleje en el papel de la manera que prefiera (dibujando, escribiendo). Opta por escribir, haciéndolo con calma, resguardando su caligrafía.
4. Se muestra tranquilo al recordar la escuela. Narra el modo en que convive con sus cinco amigos (y a lo largo de la entrevista parece remitirse a los mismos cinco). Olvida sus nombres en ocasiones, lo que podría atribuirse a que la entrevista se realizara durante enero, semanas después de finalizado el año lectivo. J distingue a sus amigos de la escuela de sus amigos 'de su cerro'.
5. Al mencionar los días en la escuela, escoge el primer día de clases, el día de fiestas patrias y la salida a terreno de fin de año. Aún así menciona que entre los adultos con los que comparte están el psicólogo y el sub-director, a los que ve cuando se le permite salir de clases. Aún no especifica el motivo de estas salidas.
6. Durante la jornada escolar dice intentar concentrarse, pero sentir que hay personas que le distraen. Más adelante menciona que ciertos compañeros le molestan, y que frente al desorden "el profesor le echa la culpa a cualquiera". Explica que en el colegio en el que se encuentra actualmente lleva sólo dos años. A medida que ha avanzado la entrevista mantiene un diálogo activo con su entrevistador, haciéndole preguntas y manifestando su opinión frente al profesor, por ejemplo; así, su relato no se ve disminuido a los datos.
7. Se le pregunta por la relación que sostiene con el psicólogo: frente a lo que explicita que es él quien escoge ir, cuando le cuesta concentrarse.
8. Se acude a una segunda consigna en la que narre un día cualquiera de escuela. Nuevamente escoge un día extraordinario: en esta ocasión, los sábados de reforzamiento, donde le dan colación y profundiza ciertos contenidos de Lenguaje y Matemáticas. Menciona que uno de los días de reforzamiento coincide con un campeonato de fútbol. Llama la atención, en este sentido, que al hablar de la escuela tienda a acudir a situaciones

extraordinarias; mientras que al detallar la cotidianeidad de su escuela narre 'un día normal' sin mayores elementos personales ni profundización en sus estados de ánimo durante el día.

9. Al preguntársele por la realidad que vive en el aula, comenta que sus mayores dificultades tienen que ver con la concentración al tener que tolerar el desorden de algunos compañeros. Explica que si bien antes respondía al desorden con más desorden, y a las burlas con más burlas; hoy opta por salir de la sala. Aún así, menciona que el sub-director le aconseja "molestar de vuelta" para defenderse, algo que él ya no hace. Esto podría dar cuenta de la falta de coordinación en torno a los objetivos del abordaje del alumno. Las salidas de clase son autorizadas por la docente, luego de lo cual el alumno regresa.
10. J apunta que los compañeros no molestan siempre, y que se le hace notorio cuando falta 'alguien molesto' puesto que el clima de aula es más tranquilo. No profundiza en las relaciones de aula, ya que dice no acordarse.
11. Se refiere posteriormente al cambio de colegio: afirma que desde que entró a la escuela en la que se encuentra actualmente tuvo dificultades de rendimiento; y que en el anterior no las tenía, aunque sí tenía dificultades en la convivencia, puesto que sus compañeros *lo molestaban*. Cuenta que él y otro compañero fueron expulsados del establecimiento, y que en ese momento a su mamá le pidieron que buscara atención psicológica.
12. Abordando las actividades con el psicólogo, cuenta que iba a una "casa" (PIB) donde hacían actividades y paseos. Narra también que en una ocasión el psicólogo del colegio citó a su apoderada, a él mismo y a la psicóloga del consultorio, reunión en la que 'se pusieron de acuerdo'. Afirma que 'todo empezó el año pasado', dándose mejoras en el rendimiento de las materias y en su comportamiento. Mientras me cuenta todo esto, me pide que espere y que no le haga preguntas para poder terminar de escribir: lo que podría referir al reconocimiento de sus propias capacidades y a la posibilidad que tiene de expresarlas.
13. Una tercera premisa en torno a la escuela es el momento en que se le pide que mencione a las personas importantes con las cuales convive mientras está en la escuela. Para mencionarlos parte por sus cinco amigos -los mismos que mencionara al comienzo de la entrevista-, dibujándolos con sus nombres. Se le pide que especifique a los adultos, a los cuales dibuja en orden descendente y vertical: el sub-director, el psicólogo de la escuela, el profesor (mencionando al de música, porque hay talleres y dice tocar flauta) y el inspector. No profundiza mucho al respecto.

ANEXO 10

ETAPA 3

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

APODERADA, ESCUELA 1

1. A: Bueno, antes que nada M [apoderada] agradecerte que hayas querido participar de este estudio; y luego preguntarte, ¿cuáles han sido, digamos, el diagnóstico que presenta J [hijo]? ¿es relacionado con las dificultades de atención?
2. M: Sí, hartó. Cómo se llama, ha sido bien dificultoso para el J, bien inquieto, bien desconcentrado en los estudios. Qué más... un tiempo estuvo encontrado con robo, y también lo estuvo dificultando, por un compañero de curso o del mismo colegio, que se fueron a una tienda, me llamaron, motivo, los carabineros, entonces como que se me juntó demasiado... El J estuvo un tiempo con psicólogo; lo dieron de alta; a veces también pasa que estuvo bien como, le bajó el rendimiento por estar de alta en una parte del psicológico y tuvo otro apoyo, para estar en el... hay psicólogo en el colegio, pero son como muy poco cupo de vacantes para que lo vieran. Tiene, lo valoro que tiene, no tan grande el problema del déficit atencional, pero necesita un tratamiento de... cómo se llama...
3. A: ¿Neurólogo?
4. M: Neurólogo, que tiene algo pequeño pero que no es tan grande lo que tiene el J: pero necesita verlo un neurólogo... y me ha costado, si todavía no puedo que me citen el médico y me mande una orden de consulta para el neurólogo, pa que me lo vea y me lo trate...
5. A: Ha costado, digamos, poder eh ser atendido por el neurólogo.
6. M: Si, porque, cómo es que se llama, hay que estar llamando al consultorio, yo a veces llamo y no contestan para nada; o cuando llamo ya no hay número, entonces necesito tener algo que sea ya, que me lo vean luego, para que ya desde marzo o en abril, pero que comience antes de que tenga la mitad de año de colegio...
7. A: Perfecto... y, en el caso, bueno lo que tú me estabas diciendo es que J estuvo con diagnóstico y con psicóloga. ¿Qué diagnóstico era el que presentaba?
8. M: Eso, del diagnóstico que tiene, de SDA. De qué más o menos extremo no sé. La profesora me cuenta que también le encuentra que tiene un problema de eso; pero qué es lo que pasa que estuvo un año ya haciendo psicólogo y lo dieron de alta...
9. A: Ya; solamente tratamiento con psicólogo

10. M: Sí, con psicólogo, estuvo con ayuda de ¿psicopedagoga? Una señorita que más o menos tiene, le falta al J, le falta un poquito pero es muy leve, no es tan grave lo que tiene, pero sí necesita un apoyo también de la psicopedagoga. Eh, pero ya como lo dieron de alta, el J ya como que 'está libre', entonces como que ya no tengo otro apoyo de...
11. A: Perfecto... Volviendo un poco, a ver; J cursa actualmente cuarto...
12. M: Ahora pasó a séptimo...
13. A: Ah, ya. ¿Cuándo lo dan de alta a él?
14. M: Lo dieron de alta hace ya como, el año pasado... (piensa) sí, el año antes pasado...
15. A: Cuando él iba en quinto, cuarto...
16. M: Quinto, más o menos...
17. A: Y, esta psicóloga, psicopedagoga que lo veía ¿lo veía al interior del colegio?
18. M: Eh, no, fuera del colegio, en una parte que se llama ¿PIC? ¿PIB?
19. A: Ya, en el PIB
20. M: Sí, ahí estuvo atendiéndose con la psicóloga XXXXXX. Entonces, también yo ahí lo lleve porque me dieron el dato, no porque me dijeron del consultorio a derivarlo...
21. A: No hay una derivación del consultorio...
22. M: No, Yo fui así particular a averiguar porque me dieron el dato como pa' poder averiguar pa' que me dieran el pase al PIB.
23. A: Y por qué, cuál es la inquietud que tú tienes en ese minuto que consigues este dato.
24. M: Hubo un tiempo que el J estuvo, de 3ro a 4to; el J estuvo haciendo de primero a cuarto básico en un sólo colegio, que es la Escuela YYYY. De primero a segundo estuvo excelente, pero pasó a tercero y bajó el rendimiento. Bueno, ahí tenía dificultad con todo, que ya se metía con los profesores, que me llamaban por todo lo que hacía el J, que J era aquí, y allá... como que prácticamente yo pasé tercero y cuarto viviendo en el colegio porque me pasaban todo el día llamando por algo que hizo el J...
25. A: Y esto que hacía el J, qué conductas eran... por qué eran los llamados
26. M: Porque era como, era inquieto; o no escribía, o se dedicaba a puro molestar a los compañeros que no podían hacer los trabajos... eh, yo era de esas personas que yo les escondo los juguetes pa que no me los lleven al colegio... pero llegan el día cuando llega a buscarlos, me llega con los juguetes... entonces me retan allá, "que el niño no traiga juguetes", entonces ya empieza con la dificultad que el J no copia, no pone atención, se

pone muy desordenado, se pone muy, contesta mal; entonces ya no era una sola profesora que me llama la atención, eran *todas*. Entonces yo decía, bueno, “es algo que está fallando, es algo que está pasando”...

27. A: Y en eso, eh, ¿cómo te sentías tú, con estos llamados continuos?

28. M: Mal po, costaba, porque hubo un tiempo cuando estaba más chiquitito, en jardín o en pre-kínder, que yo podía trabajar, porque yo antes lo llevaba al Escuela Especial, ahí estuvo haciendo jardín, dos años, y después pasó a kínder. A lo mejor le faltó, porque me dijo la tía de kínder que le faltó al J maduración, que tenía que volver a repetir y hacer el Kínder... A lo mejor, a mi me llamó a un estado de alerta pero yo no le hice mucho caso; entonces... dije, a lo mejor debí haber hecho que el J repitiera un año y que no estuviera tan, no sé po, no le costaba tanto pa después pa primero básico. Me costó encontrarle colegio, porque lo discriminaron harto por venir de la escuela especial, de una escuela especial que es Escuela Especial.

29. A: ¿Por qué él había estado en Escuela Especial?

30. M: Porque yo estuve estudiando ahí, harto tiempo. Me salía, entraba de nuevo porque a veces me ponía a trabajar, después volvía a estudiar... cuando ya estaba embarazada del J, estudié hasta los 8 meses más o menos, y me retiré para que el J naciera; y volví *con* el J...

31. A: ¿Qué estabas estudiando?

32. M: Era... era. Cómo se llama, que le llaman por niveles, que eran talleres. Los más nivelados eran talleres de peluquería y tejido, esas cosas que estudiaba. Entonces yo igual estudié ambas cosas, un poco de peluquería, un poco de Tejido y todo. Yo el J ya volví, con el J ya como que llevaba 3 ó 4 meses; entonces ahí me lo veían como sala cuna como en un jardín [infantil] más chiquitito... De ahí lo retiré, empecé a trabajar, y al J lo llevé como a los dos años; en ese tiempo iba en la pura, en la tarde, pura jornada en la tarde. Yo me iba a trabajar y mi mami me lo iba a buscar y me lo iba a dejar, como estaba en cercanía de donde vivía... Y ahí, hasta que pasó a Kínder; esos dos años de Jardín y ahí me complicaba un poco, porque yo tenía que ir a dejarlo y después me lo iban a buscar

33. A: Y lo que me cuentas es que te costó encontrarle colegio... ¿por qué es eso que sientes que discriminaban?

34. M: Es que, por los papeles que ellos me pasaban papeles, todo eso, y de repente me decían “ya, después lo vamos a llamar” y nunca más llamaron. Y yo no tengo nada que ver con la religión y todo pero más malo que me dolió porque yo quería colocarlo en un colegio donde, había un tiempo que estuve viviendo en Barón, me cambié a Rodelillo, y ahí me costó también pa encontrar un colegio. En Rodelillo hay tres colegios; o sea si lo metía a un colegio que sea bueno, que son chicos, que se llaman PSA, y el otro es la, MLT, y la última chupá del mate es como que es la 314, el JED que lo remodelaron y todo... Yo no quería, ponerlo en un colegio municipal, y menos en el colegio de la 314 que venían

todos los que eran malitos, y todo eso... y quería tratar de meterlo en esos colegios chicos, y ahí me lo rechazaron porque lo vieron que era muy inquieto; lo otro que por el informe que venía de ser religión católico, más bien no... y una monja, una monja como que lo miró en menos y, no sé, meterlo a un colegio. Hasta que llegué a la Escuela YYYY, y ahí no me pusieron muchos problemas porque tampoco estaba bautizado, me pedían mucho trámite y todo eso... Pero ahí estuvo bien: estuvo bien, o sea, de primero a segundo... y ya de tercero a cuarto, tuve que sacarlo de cuarto por "mala conducta" que me dijeron...

35. A: Ellos [escuela] te dicen que lo saques...
36. M: Sí. Que tenía que sacarlo... y lo más extraño que me pareció que J me lo habían derivado que era porque... cómo se llama cuando ya están en mala conducta que le llaman... condicional. Condicional. Y a mí nunca se me informó que J estuvo condicional, durante los dos años; jamás me dijeron que derivan al inspector, o la misma profesora jefe, pero nadie me dijo de la condicionalidad...
37. A: Y en ese sentido, frente a las problemáticas que estaba manifestando él de conducta, ¿se crearon algunas instancias de apoyo, o de comunicación contigo? Ya sea la profesora o... para ver esto de "qué hacemos".
38. M: Nada. Ninguna de las dos...
39. A: Se podría decir que esto era como de denuncia solamente, es decir... "esto está haciendo"
40. M: "Esto está haciendo, esto está pasando y lo más relevante es que lo tienen que sacar". Pero jamás me llamaron para decirme que J estaba condicional, "sabe que le vamos a dar un apoyo
41. con psicólogo, le vamos a hacer un informe" o una cosa así
42. A: O aconsejarte a ti que tú lo hicieras
43. M: Nada, absolutamente. Y ahí yo llegué al PIB, por intermedio de un vecino mío, que me dijo que la hija de ella, que él la llevaba al PIB [suena música de fondo, aparentemente de un celular]
44. A: Ya, entonces... es el hijo, como él le llevaba a un PIB...
45. M: Sí, yo creo que por la misma situación, a lo mejor de conducto de colegio, porque a lo mejor todo lo mandan por participación del colegio, que algo está pasando con el niño...
46. A: Todas estas inquietudes que tú tienes, porque empieza a tener estas conductas en el colegio... pero tú, estas conductas, ¿las manifestaba él en la casa? ¿eran para ti un problema en la casa?

47. M: No, para mí no; lo que más me acompleja es de que, pasa el tiempo y yo no puedo tener un trabajo estable; y cuando llega un momento en que el J... ahí yo tuve una grave equivocación, porque yo le hacía todo al J, sea, que si él no copiaba mucho, ahí me tenía que ir corriendo a la casa de algún compañero que vivía cerca -porque por ahí todos vivían cerca de los colegios- y iba a partir porque los niños copiaban más que él. Entonces yo le copiaba todas las materias; entonces llegaba el momento en que tenía que estudiar y le faltaban las materias... eso se lo hice en tercero básico. Cuartos, mediados de cuarto. Pero ya después el cambio que pasó, que pasó a quinto y ahí tuvo una reacción de cambiarse de un colegio a otro, porque vivió cuatro años con el mismo curso, con los mismos compañeros; a tener otros compañeros de otro colegio a lo mejor también le, como que lo, no sé, encontró que no se hallaba en el mismo complemento para poder complementarse más con los compañeros que tenía. En eso llegó y yo le trabajaba a una amiga, que también es compañero del J que también, ahora están juntos, ¿ya? Yo le cuidaba a los niños mientras ella trabajaba y todo, y ella me dijo "tírate los papeles del niño a la escuela 3 porque el hijo tiene que dar la prueba"; y como ella viajó al día siguiente yo los llevé. Y busqué los papeles, toa la custión, y dije "ya, los voy a dejar pa ver si me dejan dar la prueba" como el hijo de la amiga estaba pa dar la prueba; a veces los dejan dar la prueba por mientras que yo entrego los papeles... y justo po, ya, me dijeron, "haga los papeles y yo me lo llevo mientras tanto para que haga la prueba"... Y igual po, con todas las ilusiones que ojalá quedara ahí, que no me lo rechacen, o que le encuentren normal y todo... y pasaron los días, me dijeron 'tal día tiene que venir', fuimos y ahí quedó. Chuta, ya, dije, por lo menos quedó en un colegio, no tenía que estarme rematando como antes que tenía que estar caminando no sé cuántas cuadras para andar buscándole colegio, y todo... y aconsejándolo "J, escribe, pon atención, mira que ahora vas a estar en otro colegio, con otros compañeros y otras profesoras; va a ser otro sistema de estudio, a lo mejor no va a ser el mismo estudio que estabai en el otro colegio, olvídate del otro colegio, así que vive el ahora... no vai a estar solo porque vai a estar con el D [amigo de J], así que tampoco solo vai a estar"... así que igual po, como estaban recién en este año que no se podían complementar; el J no hubo caso... Bueno la misma profesora decía que él no se haya con los compañeros nuevos, porque eran muy... él estaba muy apartado, bueno que los compañeros también no lo querían estar junto con él. Le tenían un poco de rechazo que, porque como se portaba más o menos, era inquieto, que no lo dejaban estudiar y escribir y volvimos con la misma cuestión... entonces yo le dije "ya, yo igual soy compañera igual, porque voy a tener que conocer apoderados nuevos" y hasta ahora te juro por Dios que no he interactuado con ningún compañero del curso del J... No, no he tenido ese, ese feel que yo tenía con los compañeros del otro colegio, no hay como un contacto que yo podría estar más cercana

48. A: Y el darse como el apoyo con los apoderados...

49. M: Es que ellos ya lo tienen porque ellos vinieron desde, de, como yo po, que pasaban de cuándo de primero básico hasta sexto, y son los mismos compañeros, los mismos apoderados
50. A: Y ¿cuándo ingresa J a este colegio?
51. M: En quinto básico
52. A: Y cuándo lo empiezas a ver con la psicóloga, cuándo acudes al tiro a que te den ayuda, digamos
53. M: Ahí, yo lo vi en cuarto básico... sí, porque ya estuvo pasando un año y parece que en quinto lo dieron de alta...
54. A: De alguna forma, ¿se estableció contacto entre el PIB con el colegio? ¿Algún tipo de relación que te hayan informado de “vamos a emitir un informe” “vamos a ver cómo va el niño en el colegio”?
55. M: Sí, hubo un tiempo, que eso también dificultó mucho porque nosotros estamos viendo con una psicóloga, la que te decía, y después ella se fue... y cambiamos por otra psicóloga, entonces estábamos recién tratando de nuevo con el tema del J, y ya le habían dicho con la otra psicóloga, cómo era el J y todo. Entonces como que ahí, como que con esa psicóloga ya le habían dado de alta...
56. A: De alta del programa
57. M: De alta del programa porque estuvo un poquito nomás con esa psicóloga, que le habían cambiado
58. A: Y ¿qué impacto crees tú que, que tuvo la participación de J en el programa? En los comportamientos de él, ¿viste mejorías?
59. M: Sí, estuvo un año que ya estábamos ya en programa de que, a ver... de momento que para mejorar la conducta, cómo se llama, de cómo venía él, del origen, quién era el papá, que todavía no sabe quién es el papá... entonces, él me pregunta igual, pero todavía no llegamos al asunto de que él quiera conocer al papá y todo eso. Se le ha quitado, hasta el momento se le ha quitado pero yo sé que más adelante va a preguntar... entonces eso como que íbamos el resentimiento que a lo mejor él no tenía apoyo del papá, a lo mejor quería más información... porque yo era no más el que estaba apechugando con él... bueno, con la ayuda de mi mamá, yo soy mamá soltera, entonces tiene el apoyo de la abuela; mi hermano antes de que se fuera a Antofagasta, entonces está también como que se le fue más abajo... cuando ya se fue el tío, el padrino... se le fue a Antofagasta y también estuvo mucho deprimido, no quería saber nada, siempre me decía que quiere que vuelva su tío, que ojalá no se hubiera ido, cosas que igual son chicas pero que como que sé que le duelen... sé que más o menos le dificultan de expresar, porque es como muy

encerrado en sí mismo. Como que le cuesta expresar lo que siente: todo lo expresa pero llorando o con pataletas o rabiando. A lo mejor eso también pa explotar lo hace...

60. A: Entonces eso es lo que se logra trabajar, tiene mejoras, pero, entonces, nunca fue derivado al neurólogo, nunca tuvo un tratamiento con neurólogo, sólo con psicóloga...

61. M: No, no, nada nada, y sigo luchando por eso, o sea, peleo todos los días por teléfono, a veces consigo una hora y no, hasta poder hallarlo porque necesito realmente que lo vea un neurólogo, más o menos para saber cuál va a ser el tratamiento y lo que necesita realmente el J para poder concentrarse. Porque hasta ahora yo le he comprado cosas pero por mí, o sea, me han dicho el Memorex, o darle unos glóbulos pa que se vayan concentrando, como que sigo el tratamiento pero el resultado como que no lo veo así como...

62. A: Y en el colegio ¿qué tipo de apoyo se te ha brindado?

63. M: Bueno lo único que sé es que de repente al J le pregunto y me dice que a veces va al psicólogo, a veces, según los días. A veces lo llaman también por algún taller, el psicopedagogo pero muy a lo lejos, porque como también como lo ve que al J le falta pero muy leve, no es como pa hacerle un período tan largo, pero también lo necesita. Qué es lo que pasa, que en colegio tienen, pero pa muy pocos cupos, para bastantes niños, porque no sé cuántos son, más de... más de 1000 y tantos alumnos que tiene el colegio.

64. A: Entonces, no ha podido encontrar como un cupo...

65. M: No, como pa que el J siga un régimen pero que lo siga un psicólogo permanente, igual como el PIB, que yo lo llevo y, o sea, sino voy a tener que ver si me lo pueden admitir de nuevo, alguien que me lo vea... o sea, hacerlo sí o sí...

66. A: ¿Existió un trabajo contigo, especialmente en lo referente a poder apoyar estas dificultades que tenía J? O fue un trabajo como individualizado con él.

67. M: No... nos citaron a los dos, un tiempo que lo citaban a él o me citaban a mí. O el mismo día un rato a él, y un rato al terminar la sesión entraba yo; entonces cuando terminaba estábamos los dos juntos y conversábamos del tema de qué le pasaba a uno o al otro, pero más juntos, no con tantas separaciones individuales

68. A: Y en el caso, terminando sexto, que fue la profesora la que te comunica que a lo mejor es necesario que lo lleves a un neurólogo

69. M: Sí, ella me dijo. Me dijo que necesitaba un neurólogo que lo vea, y de ahí vengo peleando por lo mismo... me dijo no sé si a principios de quinto o en sexto, pero sí me dijo que necesitaba un neurólogo y todo... sí. Y ahora po, que pasó pero, si no fuera por la profesora no estaría pasando de curso, porque hubiera quedado repitiendo. A la profesora tampoco no le tengo mala, no tengo por qué tenerle mala, si igual lleva harto las

facilidades y todo. Pero yo le digo al J que trate de, concentrarse, bueno, ubicar a los compañeros que sean un poquito más inteligentes que tú a ver si hay, que te ayuden un poco a ti. Pero tampoco como que el J, tampoco, se va a los más inquietos que él, o él vive su mundo y no se junta con nadie... no sé. No sé cómo será como está en la sala...

70. A: Y eso ¿lo ha logrado preguntar a lo mejor con la profesora, para poder tener una panorámica de cuál es como el comportamiento de las relaciones del J en la sala de clases?
71. M: No si me ha contado, me ha conversado el poquito tiempo que hemos conversado, me ha dicho que el J igual es como inquieto, que a veces trabaja, a veces no trabaja, eh, a veces me llega con los trabajos. La profesora me dice una cosa, pero J cuando le, no es para anotar a la gente para la memoria; entonces yo le digo "si no te podí acordar, tení que anotarlo". Le reviso la agenda, le reviso todos los cuadernos... es como que le dijera, el J es como muy, no sé, yo encuentro que es muy solo, y que si no está solo se junta con otros compañeros que no tienen nada que ver con su entorno que es como más influyente, o sea, se deja influir por otros motivos de los niños que sean más desordenados.
72. A: ¿A qué te refieres con que es más "solo"?
73. M: Es que a lo mejor a veces me dice que vive su mundo, su espacio. O sea, él puede lesear pa acá pa allá y que se junte con los más desordenados. O a lo mejor a veces me dice que no, que no interactúa con los compañeros; que no, o los mismos compañeros a veces no quieren trabajar con él, entonces no encuentra con quién meter la profesora alguien, con lo compañeros para que trabajen junto con el J. Entonces a veces tuvo que trabajar solo, no puede ser agrupado, porque los compañeros no quieren trabajar con ellos, entonces igual como que el J es inquieto po... es hiperquinético como le llaman, no sé, los mismos compañeros a veces no quieren trabajar con él.
74. A: Y ante eso es como.
75. M: Se aísla, o se aísla para él solo, o se junta con los más desordenados...
76. A: Ya... y, eh, hay un tipo, ¿existe algún tipo de seguimiento de cómo ha ido evolucionando J en la escuela?
77. M: Eh... sí... sí... porque hubo un tiempo que me estuvo llamando el psicólogo... bueno es que en ese momento, no podía estar trabajando con dos psicólogos el J, porque en ese tiempo estaba trabajando en el PIB, no podía estar trabajando con el psicólogo del colegio. Eh, pero, la profesora bueno, las veces que hemos... las pocas veces que hemos conversado me habla de las dificultades que tiene el J, que le falta una cosa que tiene que rendir bien en el colegio, que tiene que mejorar esas notas... bueno, el tipo del inspector; porque a veces me pasaba llamando en la semana... que el J se comporta mal, que tiene que tener más respeto con los alumnos o con los mismos compañeros. Pero después esas

mismas cosas no me han llamado más; y me han dicho más que el J ha cambiado como en la personalidad de él; que ya saluda las personas, “hola como está” “buenas tardes” no sé...

78. A: Entonces, existe el reconocimiento como que hay cosas que ha ido logrando
79. M: Sí hay cosas que ha logrado que ha cambiado de su personalidad...
80. A: Y cómo te has sentido tú con eso
81. M: Bien, bien po porque el J ya no es el niño de que, pasa por el lado y no te saluda, o que te diga Hola y chao.
82. A: Ya no es tanto el foco de lo negativo
83. M: Claro. Entonces ha cambiado, son pocas las pequeñas... pero ha cambiado. No tiene ese requerimiento de que el “J es *aquí* o es *allá* o tiene una mala conducta”
84. A: Perfecto... M, ¿qué rol crees tú que juegas como mamá en que, en que J vaya mejorando digamos estas dificultades?
85. M: A ver, yo estoy siempre repitiéndole las cosas. *J, compórtate, escucha, pon atención, J...* lo que le digo “cuando es recreo, juega, horario de clase, concéntrate en lo que te diga la profesora” “capta todo lo que dice o lo que escribe” “si tení que escribir escribe rápido pa que no te borren” “si te falta consíguete las materias” porque eso yo ahora no lo hago, yo no corro como en el otro colegio buscando las materias pa que cuando llegue el día de la prueba no tengai las materias... Entonces, esa parte también le falta al J, que sea más responsable de sus cosas...
86. A: Y tú ahí estás como...
87. M: Cateteando. Me puede echar mil demonios pero yo soy así, “J, [levanta la voz] que no me llamen la atención porque no quiero que me vuelvan a llamar” le digo, pa que no me vuelvan a llamar porque ya viví estar parte y no quiero vivir de nuevo que te llamen la atención por algo que hiciste. Siempre le estoy repitiendo “J, el comportamiento, concéntrate”
88. A: Y en ese sentido ¿qué rol jugaría para ti, en el apoyo de J, la escuela y los profesores?
89. M: Bueno que tiene que ser mitad y mitad po... la mitad que te enseñan los profesores, y la concentración que tiene que tener él... yo lo puedo ayudar en la casa, reforzándole, pero hay cosas que te digo sinceramente que yo no entiendo. Yo las materias que están pasando en el colegio yo sinceramente no las comprendo porque, yo vengo de un colegio donde me enseñaron lo que es más principal, la suma la resta división, pero yo me puedo saber la suma la resta y la multiplicación, y hasta ahí; porque, o sea...

90. A: Tu nivel de escolaridad es...
91. M: Hasta octavo. Yo hice octavo de una enseñanza no con tantas materias como las que hacen ellos. Me hacían de otras...
92. A: Entonces a veces no sabes cómo apoyarlo en eso de las materias
93. M: Entonces yo no tengo otra ayuda que diciéndole, "J, yo no tengo cómo darte el apoyo de enseñarte algo que yo no entiendo, o sea, si a mí se me hace difícil, cómo se te va a hacer difícil a tí, si tú eres el que está yendo al colegio"
94. A: Y qué esperarías... es que, vuelvo a insistir, porque, entonces, qué papel crees porque, hablaste del rol que juegas tú, como en eso de catetearle, de estar presente, de inculcarle responsabilidades, y tratar de ayudarlo en lo posible en las cosas que tú puedes entender, pero ¿qué rol también en la mejora de J jugaría lo que es la escuela y también los profesores?
95. M: No sé, yo cacho que, no sé... haber un apoyo que te enseñara las materias que le pasan a los niños; por lo menos por mí porque yo no entiendo
96. A: O sea que los profesores pudieran, a lo mejor a ti como apoderada, enseñar cómo poder apoyar...
97. M: Claro, o sea enseñar para apoyar el aprendizaje. O sea, imagínate, ahora, pa séptimo no voy a entender cosas que yo no voy a, voy a estar pero nula. Entonces yo le digo, J, trata de juntarte con compañeros que sean más un poquito más inteligentes, no sé, pero que capten más; porque si me preguntai cosas que yo no sé, no voy a entender. No voy a entender para nada, no tengo ese rol... entonces alguien más que la dificultad que yo tenía era mi hermano que cachaba más de estas materias; el único que llegó al cuarto medio y sabe toda esa cuestión, ¿cachai? Pero se me fue, entonces se me fue ese apoyo de tu tío, que te puede enseñar esas partes que yo no las sé. Entonces ahora veo lo mismo, que yo tampoco tengo un diálogo con los apoderados, yo no soy como muy de entrar a conversación con los apoderados... igual la profesora me dijo, antes que se terminara el año, que trate de buscar algún apoderado con quien conversar, que estoy muy sola... pero es que me falta po, me falta ese motivo de dialogar con los apoderados... ya llevo dos años po, voy pal tercero y todavía no tengo esa confianza pa poder tener una conversación así como bien amistosa con las mamás de los compañeros del J.
98. A: Entonces, quedaríamos en eso, que son como los desafíos que a lo mejor tú tienes de tratar de entender ciertos aprendizajes en el niño, y también de la comunicación de los apoderados, y... para ir finalizando ¿qué esperas tú como mamá respecto a, al tratamiento que pudiera darse a J?
99. M: Que no me lo dejen solo po... que tenga su apoyo. O sea, que le den de alta pero bien a lo lejos, pero que no me lo dejen...

100. A: A eso que tú llamas "de alta", en el fondo... ahora él ¿en qué tratamiento está?
101. M: No ahora nada, no tiene ninguna... ningún apoyo, porque realmente le va a hacer falta, si séptimo le va a costar hartito. No es tanto por mí, yo le puedo dar hartito las facilidades de apoyarlo, de recalcarle las cosas, lo valórico que le hace falta... pero el apoyo psicológico para los estudios, eso, que me apoyen...
102. A: El apoyo para los estudios
103. M: No y la parte psicológica porque igual J tiene, su parte... a lo mejor no me quiere decir y se lo quiere decir a otra persona... entonces igual que no esté tan solo, que trate de...
104. [Interrumpe J, para devolver un lápiz]
105. A: ...¿Considerarías desde la experiencia que has tenido como en la escuela, que han sido suficientes todas las acciones que se han implementado? O se necesitarían otras...
106. M: O sea... bueno yo a esta hora con los psicólogos que he pasado ha estado bien, cuando el J igual se ha superado hartito, aparte que sea su vida personal ha estado bien... pero más que nada es tener apoyo para lo escolar, apoyo hartito en lo que no esté tan solitario, que no esté tan como, si él no capta, que igual haya una persona que lo pueda ayudar, tener una facilidad para que no esté tan... no sé po, más, cómo llamarlo, para que entienda, comprendimiento de lo que está estudiando. Eso es lo que hace más falta en todo caso en los colegios. Porque un psicólogo pa tantos niños, es poco lo que, lo que tienen los recursos las escuelas... Lo otro que también po, podría ser eso, que si las mamás no entendieran tuvieran como un curso, algo podría hacerse de las materias que les están pasando durante el aprendizaje de los niños; porque hay papás que lo entienden, y papás que tienen varios hijos, y yo tengo uno... yo tengo uno, entonces, igual como que no entiendo lo que le están pasando... al J mismo le digo que no me pregunte porque yo a veces no, no sé, no tengo idea de lo que están pasando...
107. A: M, ¿hay algo que te gustaría agregar y que a lo mejor no se ha preguntado?
108. M: No, está todo...
109. A: Está todo?
110. M: Sí...
111. A: Ya. Quería agradecerte mucho la participación, tu disposición a participar de este estudio...

ANEXO 11

ETAPA 3

ENTREVISTA GRUPAL

EQUIPO DE APOYO PSICOSOCIAL, ESCUELA 2

1. A: Bueno antes que nada agradecer la participación de ustedes en esta entrevista, digamos, parte del estudio de Análisis de presencia del Abordaje del SDA; y quería preguntarles... ustedes son el equipo psico-social de esta escuela, están digamos...
2. I: Psico-socio-educativo (risas)
3. A: Ya. Entonces, orientadora, orientador...
4. L: No, Orientadora Familiar (OF), Asistente Social (AS), Educador Diferencial (EDI), Psicólogo (P1) y Psicólogo (P2)
5. A: Ya... ustedes ¿hace cuánto trabajan como equipo?
6. OF: Es que depende, el equipo nace en el año... finales del 2009, y se han ido incorporando nuevos actores al equipo... comienza con asistente social y psicólogo.
7. A: Ya, y cada vez se van incorporando más...
8. OF: Se incorpora la OF después.
9. AS: Que es un trabajo tedioso. Y el 2011 se integran los chicos...
10. OF: Psicóloga clínica y el EDI
11. A: Ya... las funciones un poco, como distintos tips que ustedes tienen como equipo acá...
12. 1: Lo que pasa es que igual estamos divididos en departamentos, Psicosocial y departamento de Orientación... y el de Orientación tiene varios roles también; tiene algunos más de orientación a casos, pero también al tema de los que trabajas tú (a otro) de las Escuelas con los Padres.
13. OF: Claro, claro, la inclusión de la figura de la orientadora en la escuela obedece como a la necesidad que plantea la, el cuerpo directivo, de tener como una persona fija, porque yo empecé a hacer taller, empecé en el establecimiento haciendo talleres de prevención de drogas por otro programa, por CONACE-PREVIENE. Y desde ahí la adherencia que tuvo los chiquillos al programa, la aceptación fue como súper buena y quedaron súper conformes con el trabajo. Entonces de ahí surgió la necesidad de tener a una persona fija, que hiciera este tipo de intervenciones en aula; y ese fue mi trabajo, como el grueso de mi trabajo el 2010. Y de a poco se fue, como dicen, se fue configurando este equipo y ahora tenemos un trabajo un poco más mancomunado, porque antes trabajábamos como entes súper

separados; de hecho, N empezó sus intervenciones en el año 2009, el mismo año que yo venía a hacer talleres en aula, pero no teníamos ningún tipo de comunicación, o sea, yo no sabía que N estaba en la escuela. O sea, yo venía, hacía mis talleres y me iba. Y, claro, después llegó S, y también po, como que teníamos un estilo, una modalidad de trabajo, pero súper independiente; o sea, yo atendía mis chiquillos, ellos a los suyos, y cuando yo en base a las entrevistas diagnósticas que le podía hacer a los niños, si consideraba pertinente hacía la derivación, pero era como “ya, aquí está la derivación, y tú atiende...” ahora cambió el modelo, es como un trabajo más...

14. 2: Es importante igual como entender la lógica del trabajo porque estamos como trabajando mancomunadamente, pero a niveles de intervenciones individuales, pero nosotros como equipo psicossocioeducativo tenemos tres niveles de intervención: el individual, donde hacemos estudio de casos; donde el equipo psicossocioeducativo (PSE) nos dividimos en funciones, a raíz de las mismas funciones como de cada departamento, aquí se, como que se articulan, pero a nivel grupal o comunitario, puede ser que todavía estemos trabajando como más, más separados. Nosotros en el nivel grupal, estamos haciendo talleres, educativos, reflexivos, formativos, pero talleres extra-escolares, de tipo psicossocial digamos. Y en comunitario, que tiene que ver con toda la articulación con la red, es como nuestra gran función, en comunitaria; trabajo en redes, y la articulación de los programas...
15. S: Tiene que ver un poco con lo que decía MJo cuando dice que cuando nos insertamos acá en la escuela, primero llegó N, a través de su práctica, y aquí se detectó el nudo crítico de que aquí venía mucha gente a hacer talleres, que es como lo que comentaba recién MJe, por ejemplo, Al está haciendo un taller pero había harta gente que venía a hacer talleres, venían de programas, pero cada uno hacía su pega y se iba, entonces el impacto que genera eso era súper nulo, porque después venía otro programa a lo mejor a hacer el mismo taller. Entonces no había una articulación de alguien que estuviera como promocionando, publicitando ese tipo de instancias; y con la N cuando empezamos a trabajar en conjunto nos dimos cuenta de que alguien tenía que dedicarse a la articulación de eso, desde las redes...
16. 2: En comunitaria en realidad había una sobre-intervención pero al final no generaba ningún efecto dentro.
17. AS: Faltaba comunicación; alguien que estuviera dedicado a coordinar. Claro, por... Llegan muchas dudas de repente, de muchas partes, y se no se orienta, o no se canaliza de cierta forma, a donde tiene que ir dirigida. Entonces qué pasaba, lo que cuentan ellos, claro que tenían problemas de acá, y todos venían –claro- con ganas de trabajar; pero esos programas, como dice SG, no producían un impacto, porque no quedaban por ejemplo, concretamente, graficadamente, y no quedaba como historial po, porque cada uno hacía lo suyo y se iba; entonces, los chiquillos como la base para poder coordinar el trabajo...

18. OF: Y con poder sensibilizar a la comunidad también, no sé po, se veía un títere o como una actividad y era como *pa qué están aquí*, habiendo un tremendo trasfondo, entonces la comunidad como percibía así...
19. P2: Lo encontraba necesario, de repente el público objetivo al que tú querí llegar; por poner un ejemplo, “taller de resolución de conflictos no violenta” dedicada a profesores; y resulta que los profesores ya están atochados con talleres de autocuidado, entonces tenía un programa que venía a trabajar eso y no había nadie que le propusiera “oye, sabís que mira, hay paradocentes que nunca capacitan, por qué no trabajai con ellos” y ellos quieren puro... entonces, gracias a esa articulación se empezó también, a las redes, a proponerles a ciertos tipos de públicos y tener una mejor llegada a lo que ellos hacían y en alguna instancia debe haber resultado, cuando la convocatoria se hacía pero la gente no venía por los horarios, qué se yo. También, asaltan detalles más mínimos: “hagamos un taller a las 3 de la tarde”, pero nadie viene a las 3 de la tarde... mejor, uno ya conoce la realidad de su escuela “hazlo a las 8” “hazlo antes de que vengan a retirar los niños” todas esas cosas se empezaron a articular y dieron pequeños resultados que hace que se visualice mejor el trabajo que hace la red al interior de la escuela, que se conozca. Y la red también va conociendo un poco la realidad de la escuela, y va adaptando un poco, a lo mejor lo que ellos quieren hacer a la realidad de la escuela po, no tan estandarizado como un taller que me resultó *allá*, me va a resultar *acá*. Ha sido un trabajo bien de hormiguita en todo caso...
20. A: Entonces ustedes como equipo estarían encargados de la coordinación, digamos, de todos estos programas, y hacerlos como más, digamos, partícipes en la misma comunidad escolar, más o menos de cuáles son los que están funcionando, que tengan conocimiento, ese sería un poco la función.
21. OF: Desde el nivel de intervención comunitaria
22. P2: Pero porque nunca dejamos de lado lo, o sea, en menor medida a lo mejor lo involucramos en casos individuales o en temas grupales, pero igual nos vamos... es como sub-división eh, no sé... de funciones, por ejemplo la MJe que se da al más al trabajo con el R de los niños más chicos, de repente de Pre-Kinder.
23. 1: Intervención clínica, individuales y sociales
24. P2: La N y la MJe a lo mejor se dan más con niñas de primer ciclo, la MJo se da más con niños de segundo ciclo, y yo me siento mucho mejor con niños de segundo ciclo.
25. 1: Es que más allá de las edades de los niños, las funciones están definidas desde, por ejemplo lo que dice MJe, ella viene como psicóloga clínica a nivel de intervención individual, por lo tanto el trabajo pasó de un mancomunado con R. Nosotros –de ahí te vamos a ir explicando, la mirada bien integral con la que trabajamos- entonces, a un niño, lo tomamos y no sé po, nosotros hacemos visita domiciliaria, la MJe hace la evaluación psicológica, la MJo la integra a un taller, R la integra a un taller de un tema como de

Lenguaje y del tema académico. Entonces como esa mirada nos ha permitido como unir las funciones de cada uno, individuales, a este trabajo en equipo.

26. A: Ya perfecto... Y actualmente ustedes con cuántos programas estarían en el establecimiento...
27. OF: Lo que pasa es que los programas que pone la escuela, no sé si serán los mismos que vamos nosotros...
28. 2: porque vamos terminando ahora, eh, HPV, el Gama-Evo, Integración TEL Y DA, el Consejo Estudiantil que es un programa de la Oficina Comunal de la Infancia. El PAC y Rotaluz.
29. P2: Es que hay otros que son más esporádicos, por ejemplo... ¿cuál? El que entró ahora, Evo. Está trabajándose el tema de resolución de conflictos con paradocentes... Pero son cuatro sesiones que se hacen. Entonces, no es un programa que esté como permanentemente, todo el año.
30. A: Perfecto. Y estos programas, ¿de cuándo que más o menos están en el establecimiento?
31. P2: Yo me acuerdo por lo menos el HPV, está desde que entramos al establecimiento.
32. 1: El Evo... ¿hace cuatro años? ¿seis años?
33. P2: Integración lleva tres.
34. 3: Pero por ejemplo la diferencia es que ahora hacemos una jornada grupal, en donde como que la comunidad se informa de qué es lo que se va a hacer. Porque a veces se hacían talleres y se hacían talleres y de repente no tenía otro profesional. Y de repente tenía como a 10 personas acá y preguntaban de la "escuela Evo" y "¿quiénes son ellos?" "no, ellos nunca han venido para acá" Entonces, como ampliar un poco, que se habían hecho un montón de cosas...
35. OF: Cacha que yo creo que a partir del programa Evo surgen esas necesidades
36. 3: Evo tenía antes otro nombre, pero era el mismo tema...
37. OF: De hecho, a través de ese programa es que llegamos al nudo crítico; así como cuando los agentes del consultorio llegaban y nos decían "chiquillos, ¿ustedes no han informado nada?" y nosotros decíamos "pero es que a lo mejor hay que hacer una jornada, una instancia como más grande donde se promoció po".
38. A: Entonces, con ese programa ustedes se relacionan también como
39. OF: Los PIB, los PIE; es que ahí faltan los programas como de infancia. Hay una mesa técnica que nosotros tenemos una vez cada dos meses y nos juntamos con todas las redes

de infancia, a trabajar temáticas atinentes a salud y a infancia. Y ahí son como 18 instituciones en realidad...

40. AS: Se incluye también la gente, instituciones de hogares, carabineros...
41. OF: Sí, que no aparecen ahí en el programa. Lo que pasa es que son invisibles porque intervienen más indirectamente en la escuela, pero están interviniendo niños de acá, como que la coordinación es más con el equipo, y no llega a UTP o a Dirección.
42. A: Y ese trabajo, la sistematización de ese trabajo, ¿es algo que surge de ustedes como equipo? ¿o algo que ha estado como más estandarizado, más...?
43. OF: La sistematización en qué sentido...
44. A: En el sentido de toda la organización que tú me dices, en reuniones, en esto. ¿Es algo que ustedes se plantearon como desafío y como inquietud de ustedes como equipo?
45. OF: ¿Con los programas estándar dices tú? O en general... En general, es que claro, tiene que ver con no trabajar aisladamente.
46. P: ...
47. 1: Claro, yo creo que es como si, si en el fondo esto, como que no es pura creación homogénea...
48. 2: Es que está definido, por ejemplo en un consultorio, lo que es salud, está definido clarito lo que hace un psicólogo, un asistente social, está definido desde el ministerio. En educación no está: entonces tenía la posibilidad de crear po.
49. AS: De hecho ese, la corporación ha tratado de generar instancias de reunir por ejemplo, duplas psicosociales o equipos, en función de tener como un criterio de trabajo estándar. Entonces se han tratado de como hacer registros, de hacer, como lo que se espera, pero está recién en pañales esta cosa. Lo que nosotros intentamos hacer tiene que ver con lo que nosotros detectamos internamente acá en la escuela, y como te comentaba N, por ejemplo con el programa Evo surge ese nudo crítico, y con otros programas surgen otros nudos críticos, y vamos como equipo nos vamos analizando hartito, nos criticamos hartito y también nos valoramos hartito las cosas que hacemos; en las reuniones igual a veces vemos si estamos funcionando mal, a veces se ve como que hacemos hartas cosas y también a veces se ve como que damos todo el abasto que quisiéramos porque empiezan a salir diferentes contingencias diarias.
50. P: Sí, aquí hay una cosa súper clara, que nosotros como equipo que trabajamos, yo aprendí a trabajar con ellos en el sentido de que cuando uno parte te enseñan ciertas cosas de formación, de que uno se va a encontrar con otro y que la multi, inter y transdisciplina trabajando con otros. Pero lo más importante a destacar es que el modelo que nosotros como, por decirlo, no es un modelo estático, estructurado, sino que fue

naciendo de las necesidades propias de la escuela, con los chiquillos de hacer esos nudos críticos, que manifiestan ellos. Y esos modelos a través de las necesidades fueron apareciendo que, por ejemplo, tenemos que hacer esto otro porque esta necesidad es a partir de las necesidades de la escuela. O sea, no llegó un modelo de afuera a intervenir a la escuela, sino que el modelo nació de acá de las necesidades propias de la escuela.

51. OF: Eso sí tuvimos claro que era lo que íbamos a trabajar primero, que fue lo individual, familiar y comunitaria. Eso siempre lo tuvimos claro, en base a las cosas que han ido variando en base a lo que dice R, las necesidades propias de nosotros y de la escuela también, se han ido resignificando.
52. AS: De hecho, de la pregunta que tú nos estabai haciendo ahora, la MJe nos estaba haciendo una propuesta ahora de una jornada de análisis histórico, de cuando llegan ciertas cosas a la casa. Como una línea de tiempo, de cuando llega cada uno y cuáles eran las necesidades que habían en la escuela, cuando llego yo, y cómo se va armando todo el mono de proyecto psicosocial que tenemos, hasta una dupla psicosocial, a un departamento psicosocial, de cómo se fue integrando y ahí nos dimos cuenta de que habíamos hecho hartas cosas que en el papel no se veían mucho.
53. 1: Como en el proceso, claro, de los diagnósticos que se hacen en algún momento; cómo la escuela también se sensibiliza con hartos temas, que tienen que ver con la mirada de escuela, la mirada hacia la comunidad educativa, se instala más el tema de infancia, el tema de protección, el tema preventivo, de promoción, todos esos temas como que se instalan como en un lenguaje más dentro de la escuela, a propósito de la escuela y de la entrada de los chiquillos, y un proceso en el tiempo, lo cual también genera como una articulación finalmente, como intersectorial de todos los ámbitos que tienen que ver con infancia, porque sino una pega de hormiga, de hormiga. Porque se articulan esas redes adentro, y también se articulan afuera un montón de redes, porque finalmente los niños la mayor permanencia que tienen es acá en la escuela po, entonces...
54. OF: Y al final terminai trabajando como para la red y para la escuela, porque esas articulaciones igual conllevan a estar entregando información, a tener que reunirse constantemente, retroalimentación. Pero es trabajo que es necesario de hacer, porque no es como que la escuela por acá y las redes por allá, y la familia por allá... esta toda articulada.
55. P2: Claro, lo que nos contaba N cuando ellos llegaron era, como veían a un equipo psicosocial de afuera que venía llegando; cuál era la expectativa que tenían acerca de ellos, con unos roles estructurados y vestirse así y definidos, como esa mentalidad estaba acá en ese tiempo cuando ellos llegaron a esta escuela; y ahora no, un equipo psicosocial es parte de la escuela, incluido e integrado en todo sentido, entonces ellos fueron cambiando la mentalidad –no todos- pero ha ido cambiando un poco la cultura acerca de qué se entiende por equipo psicosocial. Porque ellos, con lo que contaba N yo me reía al

principio cuando nos contaban con SG cuando nos contaban no sé po; la N se ha tenido que levantar antes, o hacer visitas nomás, el SG hace clínico...

56. P1: Yo tengo una niña, una vez que estaba arreglando una situación de abuso, y estaba llorando la niña, y la niña me vio a mí y no quería saber nada de mí po, y más encima el abusador era hombre. Entonces la N estaba viendo la niña, y llego una persona y dijo “no, tiene que verla SG”, porque es Psicólogo, y yo era como, daba lata porque era como... bueno, yo no conocía el trabajo de un Asistente Social porque en la Universidad no te enseñan qué hacen otras profesiones; pero sí veía las capacidades de la N, y conversando con ella que veía casos también, pero con diferente enfoque; pero la validación y el imaginario que había era como el Psicólogo, la varita mágica del cambio; y el Asistente como conexión con la red, y solamente su derivación loca por ahí, por las visitas...
57. AS: Ahora, eso responde a algo súper importante que preguntaste, como *fue iniciativa de ustedes...* y claro, fue estrategia del trabajo en equipo, una necesidad nuestra... porque si no en algún momento nos iban a dejar, uno por allá y otro por acá y no íbamos a poder hacer nada...
58. 1: Pero claro, es como lo que decía la N que en el sistema de salud está todo súper estructurado; pero acá por ejemplo, llevándolo más allá, de repente estábamos en reunión y llegaba así como alguien y “ah, no están haciendo nada, ya MJo anda a cuidar el 6B” porque pensaban que no estábamos haciendo nada.
59. P1: A veces teníamos señoras llorando acá a mares y golpeaban la puerta; “mira, este niño está súper mal, anda a ver a esos dos que están peleando” para separarlos...
60. OF: O “si tú no los puedes contener que eres la orientadora, quién lo va a hacer po” o sea, si no lo calmai tú, quién va a calmar al niño... entonces fue como un proceso largo, de toma de consciencia de los roles...
61. A: O sea, por una parte se ganaron un lugar, y también con esa mirada de equipo, porque es muy interesante la ejemplificación que colocan de esto como todo tan dicotomizado, o tan segmentado “tú haces esto” “tú haces lo otro”, y por otra parte la externalización que eso puede traer de los mismos conflictos; no tomarlos como parte de la escuela, de lo que ustedes están apoyando y de lo que velan un poco, porque se deja ver en lo que dice. Ahora eh, conociendo un poco más de lo que es su trabajo en equipo, ¿cómo, yendo hacia el SDA, cómo se inicia este proceso de detección de SDA y qué rol juegan ustedes?
62. 1: Hay como varios momentos, que yo creo que ahora cuando hicimos el tema de la ficha única de derivación, un instrumento que construimos entre todos, y que de alguna manera es como, si bien es una ficha de derivación, también es una primera instancia de pesquisa y diagnóstico, como no sólo del tema quizás más asociado a cosas escolares, como en términos de trastornos de aprendizaje y cosas que podría ver más R, que tiene un área como de deterioro psicológico individual, por ejemplo con indicadores de deterioro

psicosocial en general de la vida del niño, a nivel familiar, de salud, y es bien amplio. Y también en el fondo permite hacerse un cuadro como bien completo de la situación de los niños; porque claro, a lo mejor en lo individual el niño es intranquilo, se mueve constantemente, muestra dificultades de concentración; un lado, después nos da la parte de la familia, el tema escolar, cómo está rindiendo, si está participando, si hay alguna detección de NEE, si hay otros antecedentes. Entonces esa ficha, como ha permitido igual hacer una instancia de pesquiza como bien completa respecto a esas situaciones; anteriormente habían otros instrumentos que se estaban utilizando.

63. A: Disculpa, desde cuándo que están utilizando...

64. 1: Desde Junio desde año. Anteriormente se usaba otro instrumento...

65. OF: Que era separado... que era diferente...

66. P2: Yo tenía uno que era de lenguaje, y solamente de trastornos de lenguaje, que tiene que ver con los aprendizajes...

67. P1: En una primera instancia, se creó como ciertos niveles de intervención se supone que la MJo tenía que ver como más problemáticas que fueran como dentro del aula. Por ponerte un ejemplo, así como a nivel de intervención, de problema como leve: él (instrumento) pone un problema como entre mediano y grave que se supone que teníamos que ver nosotros por si teníamos que ver nosotros, era más familiar y social. Pero de lo que nos empezamos a dar cuenta es que el resto en vez de darse cuenta, era todo un integrado, porque el niño aparte de portarse mal en la sala y no necesariamente tiene que dar problemas en la casa; había niñas que pasaban súper desapercibidas en la sala de clases, y tenían problemas súper graves detrás y el profesor no lo visualizaba, total "no po, no me da problemas". Y se enojaban porque son "situaciones que no te puedo comentar". Entonces desarrollamos este instrumento que nosotros estamos esperando lo mismo, como al tener tanto instrumentos diferentes, qué mejor que crear uno sólo, donde se vieran por área todos los indicadores que el profesor consideraba pertinente que se conocieran.

68. P2: Y se les hizo con cuadritos, solamente ellos marcaron, para que no tuvieran que escribir porque sino tenían que hacer muchas cosas...

69. A: Claro, esta entonces la recibe el profesor y el profesor es el que...

70. P1: Tiene que puro marcar el que... detecta el que sospecha para cada alumno...

71. 1: A ver, o sea, no hay una obligatoriedad de que cada alumno tenga que tener esa ficha aquí, sino de lo que ellos van detectando, que hay alguna situación que pudiera estar asociado a la dificultad que...

72. P2: Y está por ejemplo por aspecto; está el aspecto social, salud, educación, y NEE.

73. 1: O sea, en general apuntamos a todo lo que vemos cada uno de nosotros en esos...
74. P1: Entonces ahora hacemos la instancia de reunión técnica de nosotros, decimos “ya, este caso es para...”
75. 2: Claro, por ejemplo acá tenemos la carpeta de las derivaciones... Entonces aquí hacemos la revisión y, no nos ha resultado mucho pero estamos tratando de hacer un, un plan también como de trabajo con cada niño. Pero nos ha faltado el tiempo para...
76. OF: En los tres niveles de intervención; a nivel individual, objetivo... por ejemplo nos pasaba, ya, niño con SDA, con Hiperactividad y nosotros “¡uy! Pero a ese niño lo tenemos en el taller de acción social” entonces en ese taller vamos a potenciar las habilidades sociales. A menos yo he visto la atención individual con él; ya entonces vamos a trabajar el tema motivacional. Entonces esa es la mirada integral, no es como la mirada del SDA, no es sólo la coordinación del Hospital 1, y la del profesor; sino que además darle espacio a ese niño en el colegio...
77. A: O sea, ustedes acá dan indicadores de riesgo que pudieran estar hablando digamos, de un potencial SDA; esto puede ser como...
78. P1: Claro, porque claro cuando ya el, por ejemplo, de los cinco que estamos acá nosotros, como el equipo acá tiene acceso a las redes, con el contacto de redes y de consultorios; nosotros vamos a decir “sabes que este niño” pero aparte de verlo tan profesional de acá, a lo mejor no lo ve uno, a lo mejor lo pueden ver dos al mismo tiempo, y ven que necesitamos la ayuda externa. Porque hay que ser bien sincero y decir sabis qué –como dicen los jueces- me declaro incompetente en esta parte y lo podemos derivar y que nos ayuden externamente. Puede que sean sinceros y decir “sabi que”
79. 1: Es que más que la declaración de competencias, esto tiene que ver con “mira, esto tiene el perfil de un PIB” entonces, esa intervención va a ser como más temática... más del orden de la sospecha
80. P1: Nosotros con el PIB, o sea, en el caso del ejemplo del PIB, ellos tienen una continuidad que generalmente es de un año y medio, eh, nosotros aquí tampoco tenemos como toda la instancia de generar un trabajo de terapia, un seguimiento... nosotros tenemos esta sala ahora pero dentro de la historia del equipo nosotros tenemos una sala que era como, chiquitita; la N quería entrevistar a una niña, me pedía la niña a mí, y como que no venía con cara de hablar –o al revés- y uno de los dos tenía que hacerlo. Entonces no podíamos estar así: a veces apoderados que estaban llorando, y la N tenía que atender algo urgente con otra persona, entonces tenía que atender en el pasillo. Acá, la sala está dividida por unos paneles, pero la privacidad de lo que estamos hablando ahora probablemente queda atrás si hay alguien, lo está escuchando todo. Entonces, no están las condiciones que exige un programa especializado, donde un profesional también idóneo, le puede dar a la familia, y que no se pierda en el contexto de escuela...

81. OF: No, y también velando, como dice SG, por la continuidad y el seguimiento que puedan tener los casos; que aquí en algunas circunstancias se ha dado, que por ejemplo los papás son como bien temerosos de las intervenciones. Y por ejemplo, ven que a la niña la sacan del kínder para atenderle y no la mandan más a clases po, ¿cachai? Entonces, de dónde nos agarramos, de qué organismo podemos depender para que sí, hacer un seguimiento; y esa es la importancia de tener ese trabajo en red. O con las niñas de octavo, que se van, y *qué va a pasar con esta niña si se va*, ah no po, si está a cargo... no va a quedar sola, ni en desamparo
82. 2: Y tiene que ver con la definición de funciones también... nosotros nunca quisimos hacer una terapia acá adentro, entonces por eso usamos harto la red también. Pero no es una derivación como que nos olvidamos, sino que “oye coordinémonos con el PIB, para ver cómo va” o hablar con el profesor...
83. P2: Hacemos trabajo complementario, como decía la N, por ejemplo... un tiempo trabajando todos con una familia, pero el niño dentro de la escuela necesita abrirse un espacio que le de sentido de pertenencia, integración con los compañeros. Viene el niño al taller *tanto* y nosotros nos vamos a preocupar que vaya, o *lo podríamos integrar acá*; o le podemos hacer un seguimiento ya que algunos niños, tú por el hecho de conversar con ellos en el recreo, de repente conversar acá, se sienten acogidos...
84. 1: La misma pega de sensibilización de los profesores respecto a las necesidades emocionales y psicológicas particulares de un niño, porque el SDA puede ser una patología, entre comillas, pero que generalmente en una escuela de alta vulnerabilidad está asociado con co-morbilidades de otros temas, o además está asociado a otras situaciones que a lo mejor hacen que sea una *parte* de un problema. Entonces, porque también tenemos claro que con muchos niños con SDA tienen como altos niveles de maltrato físico, psicológico, entonces, un montón de cosas que no pasan solamente por la atención médica...
85. P1: Nosotros el año pasado igual tuvimos pega, y la asistencia a un congreso, N, acerca del SDA e hiperactividad. Pero lo interesante del congreso es que era una mirada bien integradora, biopsicosocial, y da hartas instancias de trabajo dentro de las escuelas también. Bueno, lamentablemente era avocado hacia otra realidad social, diferente a la de nosotros, porque proponer actividades como llevarse a los niños a escalar a la montaña, irse al Cajón del Maipo, que obviamente acá no están... Pero sí nos dieron unas luces de que de repente muchas veces uno trabaja el SDA desde la red pertinente, pero como que los papás de esos niños no trabajan el tema como de... una psico-educación, donde “mire, su hijo tiene una característica diferente” y probablemente ese papá también tiene SDA y nosotros también nos entendimos ahí, desde el SDA porque por lo menos yo con la N reconocimos que teníamos un SDA no tratado (risas)
86. OF: Profesores, muchos profesores de aquí (risas)

87. P1: Entonces tú te das cuenta de esto es una cosa que en la escuela marca una presencia alta, que pareciera que desaparece porque el niño dejó de ser inquieto, pero resulta que después la vida te trae cosas, como que eres olvidadizo, que se te fue esto, se te quedó la hoja acá... o un pendrive... entonces, nosotros desde esa perspectiva y con mucha reflexión también, nos empezamos a dar cuenta, como decía la MJe, sensibilizar también a los papás de por qué es importante que vayan para allá; que a lo mejor entiendan que a lo mejor ellos también tuvieron este déficit. Por lo menos algunas veces, con algunos apoderados yo he logrado conversar sobre esto: no con todos los que yo quisiera...
88. 1: Y entender también que un niño que no tiene tratamiento finalmente también está en una situación de vulneración de derechos
89. P1: El tema de la pastilla, de la medicación...
90. AS: Tal vez eso que estamos haciendo con los apoderados, R, ha sido como nuestro caballito de batalla con los profes; R tiene la más cercanía más directa con ellos, y un lenguaje más común... para explicarle que no es inquieto como quiere serlo...
91. P1: Claro, porque hay profesores con formación normalista, con todo centrado en la norma, entonces la atención a aprendizajes múltiples, o formas de aprender distintas, para algunos profes no existe po'; todos iguales, y si alguno se escapa al modelo que yo estoy enseñando, tiene problemas; y muchas veces se tienden a confundir los conceptos porque no los tienen claros. Tres profes que tienden mucho a hacerle al niño, pum, la cruz, y pasa mucho que cuesta, hay que irse de a poquitito, bien circular, "ah viene un cabro joven... llévatelo porque me está haciendo problemas" entonces es como que la mentalidad es muy difícil cambiarla y dándole consejos y te miran como "qué sabís tú si venís recién llegando de la universidad" y cosas típicas. Pero uno tiene que ser paciente, y como hizo N con SG, cuando ellos partieron, trabajo dos días, paso por paso, paso por paso... A mí me criticaban, pero yo sigo acá y siempre hacia delante y hay que seguir trabajando; pero la forma de los profesores, en el sentido de que para cambiar la cuestión les cuesta mucho; entonces sacarlos de una estructura rígida, porque las personas con estructura rígida son poco flexibles a los cambios, no permiten los cambios, entonces les costaba... pero de a poco algunos profesores han ido, han dicho "no, le voy a preguntar a los chiquillos", y se acercan a ti solos, y te dicen "oye cómo lo puedo hacer..."
92. 1: Yo creo que a veces se invisibiliza pero el trabajo de sensibilización yo creo que es una de las pegadas más importantes que se hace, quizá a nivel familiar y de los docentes...
93. A: Entonces, para ir viendo un poco esto, es decir, tendríamos este instrumento como el primer paso, para una sospecha digamos de potencial SDA. Ustedes acá, tienen variados indicadores que podrían hablarles de la presencia de SDA... y luego de eso, viene el trabajo con la red pertinente. Entonces, es como más que nada, como ver cómo, a qué se podría apuntar, cuáles son las líneas, pero más que nada comunicarse con las instancias a las que accede el niño...

94. OF: Exactamente, es que se entra como a un nivel familiar... el profesor deriva esto... nosotros no sacamos al niño para evaluarlo, pero sí citamos al apoderado.
95. A: Ya, pero para ir ordenando... entonces ustedes ven esto, y ya, imaginemos, A, tiene SDA, eh, se llama a...
96. OF: A su adulto responsable, y ahí se hace una entrevista indagatoria, y la historia del desarrollo del niño, historia familiar, si hay alguna intervención, y depende de esa entrevista son las acciones que se van a tomar...
97. A: La entrevista la realiza cualquiera de ustedes...
98. OF: Sí. Por lo general la hacemos en duplas, como Psicólogo-Asistente Social, Orientadora-Psicóloga...
99. P1: Porque, por lo general, si bien esa pauta tiene indicadores de sospecha de SDA, hay una pauta mucho más amplia que ve factores también, eh, psicosociales, algunas situaciones de vulneración. Entonces, muchas veces los niños que derivamos por una situación de SDA, nos encontramos que tienen hartos beneficios más asociados, no sólo al déficit. Entonces la entrevista psicosocial termina viendo que no sólo el SDA es un tema, no tiene una situación de riesgo... y muchas veces nos damos cuenta de que los niños estuvieron en un tratamiento pero lo descontinuaron porque, no sé, perdieron una medicación X que la mamá nos dice "no, es que quedaba tonto con la pastilla" entonces, les pasaban la mitad de la pastilla para que quedara "medio tonto", entonces como que después nos dice "no quiero que mi hijo sea drogadicto" y empieza todo un tema de...
100. 3: Yo creo que es súper bajo el índice de los niños que continúan el tratamiento por mas de un año...
101. P1: Si en más de un año hay súper pocos niños que continúan, o sea, es mucha la detección de casos pero si hicieses... una línea del tiempo, no sé si al final quedará eso; o sea, no sé cuáles son los casos que en verdad tendrán un seguimiento; yo creo que se les baja así... Ellos, muchas veces niños que llegan nuevos de otras escuelas, tú ya ves que a los 5, 6 años ya fueron detectados con algún tipo de déficit, pero jamás lo trataron; o que fueron a buscar las pastillas pero no se las daban, o les daban la mitad, por prescripción propia...
102. 3: Y a eso se le suma... bueno, voy a hablar por mí pero yo lo he comentado con varios, que en realidad la calidad de la atención del hospital en estos temas es muy mala, que los médicos que hay son médicos, en general, que llevan mucho tiempo; que la vinculación que tienen con los niños es bastante precaria; que al final tienen una conversación sobre fútbol con los niños, diez minutos, y se acabó la atención... la psicoeducación a los padres no está, no existe; no tienen una cultura de informar ni a los docentes, ni a los profesionales de la escuela, ni siquiera darles los diagnósticos muy claros a los papás, que en general hay sobremedicación, no hay estudio de co-morbilidad de la

situación de SDA... que la verdad es que, mi opinión es que son gente que tiene su puesto asegurado hace mucho rato y que la verdad es bien poco sensible... de los cuatro médicos que hay, no sé cuál es el peor, la verdad...

103. OF: Sí en verdad son como 7 minutos por cada caso... Entonces, cómo en 7 minutos van a hacer el diagnóstico adecuado... es súper heavy la verdad...
104. P2: O sea, puntualmente la MJe le ha tocado presenciar informes de médicos, que como que se cacha que es cortar y pegar, y le cambian el nombre del niño...
105. 3: Con errores sí... que está el nombre del niño y el RUT de otra persona, una cuestión... espantosa.
106. P2: Entonces claro, cuando nosotros hablábamos de la coordinación con la red, de la activación de la red, claro, se supone que este sistema te proporciona trabajar con la red que tú no puedes atender... pero puedes ir viendo las fallas también del sistema que tenía noma po, que otras instancias, como te comentaba cuando fuimos al congreso a Santiago; claro, a lo mejor ellos plantearon temas para otro nivel socioeconómico, que tiene instancias particulares... pero la gente de esta escuela, que tiene solamente la instancia de asistir por ejemplo al Hospital... es como que tenemos *esa* red y si no está...
107. 3: O sea, y el tiempo que puede demorar... o sea yo creo que el mínimo de tiempo que puede demorar un diagnóstico son 4 a 5 meses, en conseguir una primera instancia de diagnóstico... lo cual es espantoso, por decir lo menos. De ahí quizás puede tener consulta cada 3 meses, una cosa así. Pero, que en el consultorio les hagan la primera inter-consulta para que vaya al hospital, yo creo que en general son 4 o 5 meses.
108. 1: Ahí optamos a veces por la U. del M., y sobretodo por el tema de orientación hacia los papás; así como que el que tiene los recursos, porque creo que vale 2 o 3 mil pesos allá
109. P1: Sí, generalmente ocupan alumnos que están en proceso de práctica o de post-práctica, y el valor...
110. 3: Claro, pero el área neurológica, igual quedai cojo...
111. P1: De hecho el otro día que igual fuimos a una reunión sobre este mismo tema, nos dimos como la desinformación que tienen también las redes que trabajan este tema...
112. 3: Ahora hay una segunda instancia de apoyo al tema que es el Hospital 2, la Unidad de Psiquiatría Infante-Juvenil, que han podido dar atención y cobertura a una mayor cantidad de niños. Sin embargo todavía no tienen un trabajo articulado con las redes, la derivación es sólo a través del consultorio de Tribunales de Familia, lo cual complejiza la situación... y además que también hay un tema ahí en la cultura de los médicos, bien complicado. O sea, hay veces en que tú haces la derivación –porque tienen

que pasar por Pediatría Infantil, antes de pasar por Neurología Infantil- entonces, resulta que el pediatra de repente encontró que con su ojo de médico no especialista en verdad le podía dar el metilfenidato... y se lo dio no más; pero resulta que en verdad no hay una especialidad... bueno y de hecho se supone que desde el área del Hospital de Psiquiatría Infantil están tratando de capacitar a los pediatras para que hagan ese diagnóstico, lo cual a mi en lo personal me parece *del terror*, porque creo que por algo la gente es especialista y varias veces he visto situaciones de errores importantes respecto a los diagnósticos; sobrediagnósticos, sobremedicación y un montón de otras cosas... Entonces, yo creo que es un tema súper súper delicado, y que en realidad, en general la red, sobretudo en el área de Salud; porque yo creo que la red en términos psicosociales, los otros programas de apoyo sí dan como respuesta; pero el área Salud... es que hay ahí un choque como cultural y de lenguaje respecto del trabajo en red...

113. P1: Del mirar en perspectiva... la mirada médica contra la mirada antropológica de la persona, tiene que ver varias cosas. También acá es bien claro, que a mí me tocó vivirlo cuando yo estaba en escuelas de lenguaje, los niños también eran medicados con neurólogos y el seguimiento depende únicamente del profe y del apoderado; porque la medicación se le da solamente para que se concentre cuando tiene que entrar al aula. Una hora antes de entrar a clases tiene que tomarse la pastilla; o según lo que le recete el médico; y a partir de esa medicación tiene que haber una observación del docente de aula, que es el que pasa toda la mañana con el niño. Entonces, habían veces que habían pastillas que a los niños, excesivamente fuertes, entonces producían somnolencia, efectos secundarios en los niños. Entonces, yo a la semana inmediatamente le colocaba al tiro, le mandaba la respuesta a los especialistas para que le bajaran la dosis, entonces cuando él me autorizaba, bajarle la dosis... bajamos dosis, probamos de nuevo, entonces hay que estar atento: eso depende netamente del apoderado, pero ya el apoderado no entendía la pastilla finalmente, para cuando está en la escuela, no para cuando está en la casa; habían apoderados que no entendían eso y se la daban cuando estaban en la casa, y la pastilla netamente la función que cumple, es inhibir los receptores... la parte de neurotransmisión, inhibir ciertas cosas que están saliendo demasiado acelerados, toda esa parte química, esa es la función de la pastilla. Pero muchas veces la gente no se fija en que tiene efectos secundarios, y ahí está el rol del profe, que está con él en la clase; por eso te mandan esos test, el Connors, todos esos test para poder hablar y poder decir "oye, sabí que no está funcionando la pastilla" o "sí está funcionando" o "es demasiado para el niño". Y ser sinceramente, poner el registro y poder decir "no po, yo soy el profe y yo estoy todos los días con el niño, y lo veo, y esa pastilla no le sirve" y ponerlo ahí, aunque el caballero de allá del Hospital se enoje y todo eso, y yo lo veía, como decían los chiquillos, son 7 minutos por atención y para hacer un diagnóstico integral yo creo que es mucho más tiempo; y para poder entender cómo va evolucionando

114. P2: Hay un tema ahí que está en la red que yo creo que es el desconocimiento de la realidad de la escuela, o sea, algunas personas te dan siempre la típica sugerencia para

el niño con SDA “síntelo en el primer puesto”, resulta que en el primer puesto también el profesor tiene que saltar, que tiene problemas conductuales, cognitivos... la N a través de la coordinación con el área de salud que tiene, nos fuimos dando cuenta de un montón de otras cosas que de repente son más invisibles, que hay problemas de tipo auditivos, problemas visuales que también se sientan adelante... entonces tendría que tener a todo el curso adelante (risas); entonces las sugerencias que dan a la escuela son básicas y lamentablemente descontextualizadas. De repente algunos mencionaron que no podían haber más de 6 niños con SDA en el curso, lo cual se prestó pa decir “oye, ven a darte una vuelta por acá, porque en este curso hay como 15” entonces era como ¿en serio? Y sipo, sí así son las escuelas

115. A: A eso un poco quería llegar; porque por una parte tenemos este instrumento para la sospecha, realizan una entrevista donde evalúan lo efectivo y recurren a al red en caso de que sea necesario. Digamos: de las –porque todos los años, esto en este caso empezó desde julio- pero el profesor una vez lo recibe y lo llena, ¿lo tienen pensado que lo llene dos veces al año?
116. 1: Es que nosotros hacemos un seguimiento de los casos
117. A: Pero hay una instancia digamos, entre profesor...
118. P2: Hay una instancia de devolución de información hacia el profesor
119. A: Pero esto, digamos, cuando el profesor produce esta información. Eso... ¿hay un tiempo?
120. P1: ¿Así como de respuesta, en función de qué estamos haciendo y que él sepa?
121. A: No, de que nada de esto...
122. 1: O sea, debería ser una vez al año en realidad, no lo hemos evaluado cómo va a ser el próximo año, pero me imagino que...
123. P1: Es que como empezó ahora se han ido sumando casos porque también la rotación de escuelas, porque los niños tienen harta rotación de escuelas, entonces, por ejemplo, el segundo semestre llegan muchos niños nuevos a la escuela, que...
124. A: ¿Cuánto es el porcentaje de rotación?
125. P1: Mira, de repente viendo fichas de alumnos, así a vuelo de pájaro, al menos de 10 fichas deben haber 4 o 5 nuevos, que el profesor tiene puesto “alta rotación de escuelas”. Es alta la rotación entonces hay niños que... a la MJe le pasó ahora po, estaba evaluando como 5... que se te fueron

126. 3: Si, si me pasó, de vuelta de vacaciones, que tenía como un grupo importante de... y yo "ya, tengo que atender a la niña..." "no, si se fue" "ya, al L [alumnos]..." "no, se fue" y se habían ido casi *todos* y fue como...
127. P1: Entonces, se van esos pero te dicen "mira, aquí llegaron tres...", como que se van y vuelven otros... Entonces se va llenando el tema de nuevo de analizar niños que llegan, y vienen de la escuela *Tanto*, y en la escuela *Tanto* te tratai de comunicar para obtener información y te dai cuenta "sí, mira el niño fue derivado para allá" pero los papás no lo llevaron más; perdió la hora...
128. OF: No sé si decir "cada vez peor" o "cada vez mejor", porque como ya estamos como dándonos a conocer cada vez más en el circuito de escuelas, y de corporación también, claro po, cada vez nos mandan niños más, porque saben que hay un equipo psicosocial, entonces les sugieren po (risas) "llévelo, porque en esa escuela hay un equipo psicosocial, más grande" entonces cada vez (se confunden las voces)
129. A: Es decir, de todo lo que pudieron ver, cuántos correspondían a diagnósticos o sospechas de SDA...
130. 3: Yo creo que es complejo cuantificar, o sea, no tenemos una estadística al respecto, pero yo creo que también en el fondo siempre hay que considerar el rol de los profesores, porque en el fondo hay que hacer un diagnóstico diferencial, de que claro, hay veces que ponen muchos indicadores de los que están ahí, pero no necesariamente... entonces yo creo que ahí en ese caso, cuando hay una claridad, o para hacer ese diagnóstico diferencial se pasa el Connors a los profesores para que lo llenen, se hace un diagnóstico familiar más profundo...
131. A: Entonces, el primer actor digamos en de sospecha, sería el profesor... y el que de acuerdo a los criterios que muchas veces no están previamente estandarizados; son criterios que son subjetivos, volviendo a esto que tú decías que va a depender de...
132. 3: Claro, es que el profesor que está superado con su contexto de aula, probablemente los indicadores los va a subestimar o sobreestimar
133. P1: Por ejemplo la N está haciendo una pesquiza de audición, y que pasaban algunos por temas de SDA pero eran niñas que no veían po, o que no escuchaban, entonces el profe claro se quejaba "mira que no escribe nada" y si no veía, era más tímido y le daba lata decirle al profesor.
134. A: Y el profesor ya le diagnosticaba SDA
135. OF: Por normas, a veces por falta de normas o límites también pasan, les ponen SDA con hiperactividad.

136. 3: Es que para el docente todo es SDA, o trastornos conductuales derechamente que no tenían co-morbilidad de SDA también pasaban, porque finalmente tu tenía una entrevista con el niño a nivel individual, y el niño tenía una capacidad de concentración absolutamente normal. Pero... el tema conductual...
137. OF: Y ahí está el tema integral, porque a veces hay temas familiares, que el niño está en otra
138. 3: O problemas de aprendizaje, o niños incluso deprimidos
139. P2: Pasó muchas veces que el profe no entendía... ellos entendían que el SDA era solamente asociado a la hiperactividad; que tenía que pararse pegar, no hacerle caso al profesor, y no tomar atención. Había niños que estaban todo el rato sentados y después me preguntaba "oye, ¿por qué le va mal a este, si está sentado?" y yo le dije "ese es SDA" y había que decirles y me decían "cómo..." porque es ese que es netamente puro, sin hiperactividad, y el otro es con... y yo le dije, "el que está sentado tiene tanto riesgo como el otro, la única diferencia es que no se le nota porque se mueve menos, no se para". Entonces tienen asociado siempre el SDA con hiperactividad... y el otro pasa así, sublime y desapercibido
140. A: Entonces tendríamos el SDA donde colocaríamos a los hiperactivos, pero también a los opositores; cualquier cosa que al profesor lo estuviera como...
141. 1: Sí, porque hay como también un desconocimiento de lo clínico, que no está como dentro de la formación de las mallas curriculares de los docentes, y no tienen por qué saberlo. Por eso es tan importante como el tema de la sensibilización, porque genera efectivamente contextos, diferentes, y contextos más amables para...
142. A: Entonces muchas veces, claro, cuando llega esta información se cuestionan también el criterio que utilizó el profesor en términos... para eso ¿se entrevistan con él?
143. 3: Es que se hacen, el tema pasa más que nada yo creo por contrarrestar esa información con lo que te dice la familia, o quizás teniendo una entrevista individual con el niño, observando ciertos indicadores de temas de atención-concentración. Más que nada contrastando y profundizando en el diagnóstico...
144. OF: La derivación ahora es más informal, pero estamos trabajando en algunos cursos ya está la línea de seguimiento como de devolución formal, clínica. Pero así como estamos en formación, no está estructurado como tal, no se pretende...
145. A: Intervenciones de aula ¿hacen?
146. EDI: Pero ellas hacen intervención, observación no participante, entran, observan... y yo las que yo trabajo, me mezclo con los niños, porque como soy profe yo

trabajo con ellos, y a raíz del trabajo me voy dando cuenta de que hay ciertas cosas en ciertos niños que no están bien...

147. P2: Es que ahí está R, en los roles de equipo, por ejemplo él tiene actividades de aula, entonces también es un informante clave de ciertos niños; la MJo también tenía curso, entonces no era necesario entrar a la sala porque ella era la informante clave
148. EDI: Claro, ella trabajaba con los de segundo ciclo
149. 3: Que la realidad también habla que la cantidad de niños en la escuela es tremendamente grande, como 85% de vulnerabilidad psicosocial, y no tenemos ni damos abasto para dar cuenta de tanta problemática
150. P2: Y un punto importante es que la jornada de trabajo que tenemos todos... por ejemplo, ella está a media jornada, el R está, hay una jornada que tiene que dedicar exclusivamente al PIE...
151. EDI: Trabajo con integración, y por eso quería llegar al tema del SDA, de cómo se va a abordar el próximo año acá en la escuela, de lo que está haciendo con esos diagnósticos que aparecieron por ahí... porque se pretende, grosso modo, instaurar el PIE de SDA, de hiperactividad, los dos dentro de la escuela... pero cuál es la situación que pasa acá; hay muchos niños más que los que se puede esperar por cupos por resolución de gobierno, y las cartas tienen que llegar para destinarlos a especialistas y vuelven a quedar niños que no van a quedar, porque no tienen cobertura, porque van a priorizar a los que más necesitan, en el sentido del momento en el que los evalúen. Entonces, van a quedar niños que a lo mejor tienen el SDA, que no van a poder tener esa cobertura que por Ley, por Decreto 170, que establece que ciertas atenciones tienen que tener cada curso por cada niño 5, incluyendo distintos proyectos. Dentro del aula pueden haber niños con DA (def. aprendizaje), que cambió la terminología; TEL, y síndrome de hiperactividad asociado a la dificultad de aprendizaje. Entonces, qué se pretende hacer el próximo año, se pretende darle cobertura, e instaurar el próximo año el programa de Integración del SDA. Pero no van a alcanzar para todos: entonces ahí siempre va a quedar una población como flotante que puede que no se percibió; no porque no los quieran hacer ellos allá, sino porque la plata que se da, que viene por gobierno, la subvención que se da es netamente por 5 casos porque es el Decreto.
152. A: ¿Cinco casos por curso o por establecimiento?
153. EDI: No, son por curso. Claro. Aún así cuando tenga asociado DA o SDA, ahí se puede destinar...
154. 1: Sólo los de primer ciclo...
155. EDI: Aquí en Ciudad 1 el proyecto de integración trabaja sólo el primer ciclo. Ciudad 3 tiene una cobertura hasta octavo básico. Por qué te lo digo, porque igual estuve

en la Corporación de Ciudad 3, y yo estuve haciendo para segundo ciclo, 7º y 8º, porque tienen otro sistema de trabajo

156. P2: Que nosotros estamos pidiéndolo en la escuela, como necesidad de la escuela, integrar un profesional de apoyo en segundo ciclo, porque por ejemplo lo que comenta R, muchos niños que tienen trabajo hasta 4º básico, pero que necesitan un seguimiento, pasan a 5º y se perdió... No tiene apoyo.
157. 1: Nosotros nos quedamos en las buenas intenciones no más porque de pronto, lo conversamos en una reunión que tuvimos la última vez, claro po, no basta con la buena intención; de pronto “tía, es que yo no entiendo” y yo “ya quédate y hacemos un reforzamiento”, cosas que no tienen que ver con mi competencia, ¿te fijai? Ya, yo le pego al inglés, yo te ayudo, te quedai un día y nos quedamos un rato; pero no basta con eso po’... tenemos niños de octavo que no entienden lo que leen, que no...
158. 3: Pasado cuarto básico es la mayor tasa de rotación po. Si los chiquititos no tienen tanta rotación, son de quinto a octavo.
159. A: El segundo ciclo
160. P2: Claro, porque el niño no tiene muchas veces no tiene este apoyo que te comentamos, y llega al segundo ciclo donde la materia comienza a ser más abstracta; donde se incorpora por ejemplo inglés y otras materias, entonces el niño se empieza a no entenderse, se amurra muchas veces, no quiere venir al colegio, prefiere estar afuera, generar desorden, pero es justamente por este tema no tratado o que no tuvieron una finalización adecuada de...
161. 1: Ahora por ejemplo, el apoderado que vino a hablar contigo y con la profesora. Es un caso de una niña que no escribe; o sea, yo el otro día le dicté una comunicación...
162. P2: Claro es que es un caso... ella, por ejemplo, es una niña que tiene 16 años y está en séptimo. Ella tiene un problema cognitivo, me da la impresión que tiene algún DM (déficit mental) leve que nunca fue diagnosticado. Pero ella ya está en el sistema escolar y no podía decirle...
163. 3: Claro y la pasan de curso no más. Además que ella tiene buen comportamiento, es como una niña súper retraída, entonces la pasan de curso... entonces, qué va a pasar con esa niña cuando salga de 8vo... Pa dónde la mandan, pa qué liceo; entonces la continuidad...
164. EDI: Ponte en el lugar de ellos; es como ponte que tú fueras a Japón y tú no hablas japonés ni inglés; y tú te sientas y te empiezan a hablar en japonés. Entonces qué haces tú, qué haces en los primeros cinco minutos: te empezai a frustrar, empezai a buscar ayuda, y como nadie te toma en cuenta porque nadie te entiende, empezai a molestar, te

desconcentras, se te baja la motivación y no quieres ir más. Y ahí empieza todo un proceso que es el que decían los chiquillos...

165. OF: Tiene que ver con la etapa de vida también. Genera otras consecuencias...
166. P2: Coincide que segundo ciclo, empiezan ya a juntarse los niños, entonces si tu crees que en la clase te va más o menos mal, tampoco son buenas...
167. EDI: Entre ellos mismos se dicen "nee que este es tonto" o qué se yo. "No si este es medio piteao, tío" así empiezan...
168. 1: Es que claramente es un sistema que también lo obliga al profesor como a ser ese niño tipo-normal, porque tiene que aprender porque tiene que pasar tales conocimientos... tampoco les ayuda mucho el sistema, es como bien estructurado con eso. El tema del SIMCE...
169. P2: El tema del [...] que se incluyó este año, también, tiene una estandarización de cómo se tiene que hacer, y esta clase se *tiene que hacer así*, porque ahora viene el módulo 2...
170. 3: Oye, eso es terrible. Han tenido experiencias terribles, y los instrumentos, por ejemplo, esto ha sido un texto para niños de primero básico, en primer semestre. Entonces desesperados los profesores, "cómo tanto texto y los niños no saben leer", en primero no aprender a leer...
171. 1: Es el modelo gringo que tradujeron casi sin ninguna adaptación curricular... de hecho, cuando fuimos a esa cuestión, los cuentos eran sobre los tornados, las tormentas eléctricas (risas) entonces, súper... animales que los niños no conocían... y los profesores estaban así, súper asustados, cómo evalúan a los niños con esto si el primer semestre en primero básico, es para aprender a leer... y les traen un instrumentos con *así* unos párrafos, con *así* una lectura...
172. EDI: Yo trabajo en los kínder, y en los kínder pasaba mucho que estábamos trabajando y de repente viene, a nivel medio mayor, por bases curriculares de párvulo, y de Pre-Kínder a Kínder, ahí se trabajan las secuencias lógico-temporales, que tienen que ver con qué pasa primero con la secuencia. Entonces, por ejemplo, en nivel medio mayor tu trabajai tres secuencias, 1-2-3, no necesitai trabajar más, porque el niño a esa edad comprende esas tres secuencias... ya cuando se las sabe, puedes pasar hasta a 8. Entonces qué pasa, que llega el PAC, les colocan un cuento en el módulo dos, y aparece una secuencia que tienen que ordenar del 1 al 8º, así unos monitos, y ordenarlo así en modo ascendente, de una forma que *nunca* se les ha enseñado acá en Chile a los niños; a los niños se les trabaja de izquierda a derecha; qué va primero, el 1, el 2... entonces el niño, por ejemplo, sale un pollito, una gallina que puso un huevo, después el pollito creció... entonces se supone que tú partes de lo más grande, porque te dice... los monitos grandes... entonces las láminas tienen que ser grandes; pero las que venían en los libros

son *así* unas cositas, y más encima había que ordenarlas como una escalera hacia arriba. Entonces qué pasa: una, que les estás exigiendo demasiado para el piso que tiene esta realidad de la escuela; o sea, los niños de esta escuela, tú no les puedes pedir... a lo mejor si lo hacen en un colegio particular lo pueden hacer, no te digo que no lo hagan... pero acá los niños tuvieron que ensayar, repetir, repetir y por repetición, así como conductista, tac, tac, tac, hasta que les salió pero ya cuando iban en el quinto libro... pero al principio fue un caos. Sí aumentaron en ciertas cosas, hay que reconocer que hubo cosas positivas, uno no puede ser tan mala onda; pero sí el modelo, ellos instauraron un modelo de lectura, de iniciación, que viene de EEUU, que es un modelo donde aprendes la cognición de una palabra, y tú la asocias a un dibujo ¿ya? Igual que cuando uno aprende inglés: te enseñan una palabra, y te muestran el dibujo; entonces acá en Chile, acá usamos el método sintético-analítico, entonces los niños les enseñan letra por letra, la “m” con la “a”, “ma”... entonces por ejemplo llegan, y esa es la forma de enseñar; y de repente ¡paf! La palabra completa, y más encima con letra imprenta; y los niños no conocen la imprenta, porque están acostumbrados a la manuscrita, entonces tienen... van contra años de teoría de trabajo, y el modelo implantarlo...

173. 1: Sí, fue como muy violento. No, y era tragicómico, ya, yo de repente veía un instrumento y decía “une el pasto verde con...” y era todo blanco y negro (ríe), yo decía ¿cuál es el pasto verde? Si no tiene colores, está en blanco y negro. Y en las reuniones del PAC decíamos y ellos decían “ya, vamos a informar...”
174. EDI: Sipo, tuvieron que hacerlo así, al final en el último libro ya se notaron como que hicieron muchas, ya tomaron en cuenta lo que se les decía, dijeron, hicieron un mea culpa. Dijeron “sí, había cosas que estaban elevadas, pero esto como es un plan piloto... lo vamos a mejorar”
175. 1: Esas reuniones de PAC eran puras peleas... (risas)
176. A: Eh, yo tengo como dato importante, bueno, ustedes estaban contando, que en el fondo es alto el número de diagnósticos que hay por curso. Son cursos que alrededor, acá hay en promedio 29 alumnos por curso, de los cuales, ¿cuántos alumnos? Si ustedes muchas veces realizan la sospecha... y cuáles efectivamente venían con los diagnósticos...
177. [murmuran que no tienen esa información]
178. A: Ya, pero alrededor...
179. 3: Es que es súper variable; mira es que igual, yo creo que a esto afecta que la sensibilización que te comentaba, hay profesores que han sido bien voluntariosos en términos de colaborar con el modelo de trabajo, con los instrumentos, pero otros no. Entonces eso es un proceso de instalación del, del instrumento de trabajo: entonces por ejemplo hay profesores de los cuales nosotros no tenemos ningún reporte. Hay profesores

que de los 30 niños, tenemos 20 derivaciones (risas); entonces es súper difícil hacer una estadística, así como...

180. A: ¿Cuántos niveles promedio atienden? Es decir, cuántos cursos hay por nivel...
181. 3: Dos, A y B.
182. 1: Pero hay que ser justos, o sea, es súper complicado decir o sea, en la detección de los casos, y además lo que juega en contra es que los apoderados también omiten mucha información; o sea, ningún apoderado te va a decir, yo tengo mi hijo y tiene SDA. No... hasta hemos tenido que hacer trabajo hasta de investigadores privados, así llamando a la escuela para ver de qué escuela viene este niño, "no pero es que venía de la Escuela Especial po..." y cómo lo... entonces...
183. OF: ¿Sabí por qué yo creo que no tenemos esa estadística tampoco? Porque como es una mirada integral, si tú nos preguntai cuántos niños con vulneración hay, yo te podría dar un número. Pero a veces coincide que además esos niños con vulneración tienen SDA, entonces no es como nuestro foco en sí; "ya, tantos niños con SDA"
184. A: Pero yo lo veía, porque ustedes más o menos manejaban el PIE, es decir... no, no daría abasto, es decir, hay más de 5 alumnos por curso
185. EDI: Y faltan niños que aparezcan porque todavía están siendo evaluados, sin contar los que están como limítrofes, que van a ser sometidos a psicometría y que aparecen como limítrofes...
186. 1: Es que sería irresponsable darte un número la verdad...
187. A: No, pero, más que nada... si ustedes me están diciendo que hay 5 por curso como mínimo, es decir, hay cursos que hay más... es porque igual es un alto porcentaje en relación al total... es decir, es mucho más del porcentaje que se estima que debería haber como poblacionalmente. Entonces, por otra parte, el programa HPV, tiene otro sistema de detección que va hacia...
188. 1: Sí, pero es que ellos detectan factores de riesgo psicosociales la verdad...
189. A: Y hay uno que es el Índice Crítico Hiperactivo...
190. 2: Sí, que son los niños azules me parece. Sí, ellos lo detectan...
191. A: Pero eso es aparte del trabajo que ustedes realizan...
192. AS: Es que sabes qué, ellos detectan pero también en relación a lo que el profe detecta. Ellos tienen tres perfiles: los niños tímidos, desobedientes con hiperactividad, o agresividad. Ese es uno, color así como verde. Después está el azul que concentra al niño hiperactivo, desobediente, agresivo, con bajo nivel de atención y concentración. Y el

amarillo, niño tranquilo, obediente, inmaduro y con escasa habilidad social y motivación para el aprendizaje. Ellos toman a estos tres niños pesquizados y hacen talleres, con los tres perfiles. Pero el taller tiene que ver más con el desarrollo de habilidades sociales en ellos; la regulación de las emociones.

193. 1: Yo creo que es importante lo que te dice N con respecto, que la mirada tiene que ver con una mirada más proteccional que una lógica de atención quizás más clínica de los casos. Además que en términos proporcionales, claro, en el fondo el énfasis de nuestro trabajo, con la gravedad del estado de vulneración de derechos que hay acá en la escuela, se va pa ese lado.
194. A: Más que de promoción y de prevención
195. 1: O sea, no, también. Me refiero a que como el nivel de trabajo así como individual casuístico, en el tema de SDA, por parte de este equipo, yo creo que es menor a otros temas como de gravedad en términos de vulneración de derechos, ¿me entiendes pa dónde voy?
196. A: Y ustedes entonces, trabajan con qué instituciones o servicios. En este caso ustedes me hablaban de este listado de redes que tienen, además del Hospital; pero para el Hospital tienen que hacer primero una interconsulta...
197. [murmuros]
198. OF: Es que ahí depende, porque por ejemplo con el consultorio B tenemos súper buena llegada, y ahí como relaciones con Asistente Social, tiene que ver con el contacto relacional más con el tú a tú. Y hay consultorios que nosotros no tenemos mucha llegada, y mandamos al apoderado con el Connors y todo eso... Me quedó dando vuelta algo, del HPV que hace actividades preventivas, pero además trabaja casos, por ejemplo, si hay mucha sospecha de niños como con SDA, trabajan con nosotros, hacen reuniones permanentes, y derivan precisamente a consultorios también. Porque como que igual hacen, aparte del tema individual...
199. A: Entonces, ahí hay como un trabajo con ustedes... Y, luego del diagnóstico, porque todo es sospecha... luego del diagnóstico, más o menos, ¿cuál es la proporción de sospecha que efectivamente correspondía a un SDA?
200. P2: No tenemos una estadística de...
201. A: No, pero más que la estadística, lo que ustedes ven, es decir, de los casos que ustedes atienden...
202. OF: Es que sabí qué, tendríamos que haber estado más preparados, haber echado un vistazo al listado antes, y como ver que tenemos niños con vulneración que además tienen este tema, como...

203. 3: Es como difícil enfocarse tanto a nosotros en el tema en particular
204. P2: De acuerdo a mi experiencia personal en algunas entrevistas, sí me ha tocado en varios casos como que las sospechas terminan siendo SDA y aparte que tú vai viendo en la historia familiar que el papá, o la mamá o tienen hermanos con el síndrome, y hay harta relación. Pero así como de números...
205. 1: Claro. Y además, por ejemplo, de este listado, los que están diagnosticados son 3 casos... el del 4ª, 1ª y 3ª, esos ya están diagnosticados. Solamente esos tres casos. Porque igual hay un conducto regular que seguir: por ejemplo, se tiene que citar a los apoderados, firmar el consentimiento para que le hagan la psicometría, y luego enviarlas o que venga...
206. EDI: Es que hay otro equipo de Educación Diferencial dentro de la escuela. Hay tres EDI distintas especialidades; yo soy de Lenguaje y Audición; está la de Aprendizaje, pero yo trabajo en conjunto con ella. En caso de los niños que están diagnosticados, ellos hacen, cómo se llama, llevan un informe... o sea, como que llevan una pauta por la experiencia, de SDA con Dificultades de Aprendizaje asociados, y ahí empiezan a derivar; y llaman y “ah –por ejemplo- estos niños se van a psicometría” entonces le mandan una carta a Corporación y de corporación mandan a la profesional competente para hacer psicometría; pero primero se le hace, aparte, hay que tener la carta del consentimiento de los padres para que pueda ser evaluado psicométricamente. A raíz de eso sale como eso...
207. 1: Entonces, por eso te digo que es como, que el sistema es más lento en cuanto a diagnosticar...
208. A: ...Pero acá son 3... y ustedes me estaban diciendo que había como más diagnósticos por curso
209. OF: Es que esos son de segundo ciclo, que son los que sabemos con certeza
210. EDI: Claro, esto es sólo de primer ciclo. Los que te hablaban los chicos son de segundo ciclo, que no son intervenidos en ese...
211. A: Y cuando el niño tiene el diagnóstico ¿cuáles son las acciones que se realizan por parte de la escuela?
212. 2: Ahí entra a actuar el plan de intervención que era el que... y ahí va a depender de varios factores po: lo que hay, lo que se ha hecho, lo que no se ha hecho, a nivel de intervención individual, parte con la entrevista del apoderado, donde se recaba y se indaga toda la información; y ahí se van tomando acciones a nivel de intervención individual. No sé, si hay que reanudar con el hospital, se reanuda con el hospital. Si hay que motivar al apoderado, y sensibilizar para que en realidad entienda la problemática, se sensibiliza. Va a depender.

213. P2: Hay veces en que los apoderados traen, eh, la medicación, para que el profesor se las de. Y piensa que a lo mejor no debería ser así, que el profesor le de el medicamento; se llega a un acuerdo para que el niño no pierda el tratamiento, ni...
214. A: En general, ¿todos los diagnósticos, todos los casos que tienen acá, tienen intervención medicamentosa?
215. P2: Sí, de hecho la mayoría son del Hospital. Entonces, ahí volvemos al punto que hablábamos denantes; como que ahí nos empezamos a dar cuenta, conocer la red, la intervención que hagan, y después nos damos cuenta de que tienen alguna intervención psicológica, social, o la intervención neurológica... también nos damos cuenta de que la intervención es pausada, y es limitada en tiempo; por ejemplo todos los niños que están con diagnóstico de SDA con hiperactividad, que están con medicación; ahora en diciembre reciben su última dosis... porque como ahora no vienen a clases, no es necesario que les den. Entonces, se ve como que la medicación es en función del sistema escolar; pero no en función del niño y de su desarrollo integral, porque resulta que se pierde enero y febrero, se discontinúa el tratamiento y en marzo vuelta y llega marzo, todos los niños... o sea, te llega el niño como en vacaciones, como inquieto. Más encima el tratamiento discontinuó, entonces...
216. 1: Yo diría que la labor más grande tiene que ver con el conocimiento y articulación de las acciones a nivel externo, porque nosotros en lo concreto no atendemos la especificidad del tema... nuestro rol como equipo no es atender sino que coordinar acciones para garantizar que esa atención se de. Ese es como el rol.
217. A: No es como ustedes planificar una intervención, sino que es cómo van a potenciar el trabajo para que sí esa intervención sea específica.
218. 1: Por eso te decía que era como secundario a otros temas por ejemplo de protección más... intervenciones más directas...
219. A: ya, perfecto...
220. P1: Y tiene que ver eso como mencionar, con la familia, y a veces con la integración de algunos niños, algunos talleres que les fomenten por ejemplo, espacios de niños con hiperactividad que participen en básquetbol, que de repente se tiene que conversar con los papás, que no los saquen de básquetbol en castigo, porque a veces los papás están tan sobrepasados, entonces niños que se portan mal, o muy inquietos, “ya, te portaste muy mal, no vas a ir más a básquetbol” y nosotros “pero señora, no lo castigue con el deporte, que eso tiene que fomentárselo”... quítele otra cosa, no sé, computador, pero actividades físicas desarrólleselas. Entonces, de repente ese es todo el lado complementario que se podría mencionar pero, como dicen las chiquillas, no hay un seguimiento ni planificación al respecto de eso...

221. 1: O sea más que nada no hay un plan de trabajo específico para esa temática, porque no es como el rol definido desde el equipo tampoco, sino más bien el seguimiento, articulación, y en el fondo dar garantías de que el tratamiento se esté dando donde corresponde; que en este caso sería, o el Hospital, o el consultorio...
222. A: Entonces, es un trabajo de sensibilización porque también, bueno, tú decías que estaba este profesional, este profesor que estaba necesitando del diagnóstico de los niños, y que todo lo entendía como SDA, y ustedes le hacen como todo este esclarecimiento de que hay algunos casos y que otros tipos de relaciones tienen que...
223. 1: Protocolo con el diagnóstico, individual, familiar
224. A: ¿Cómo es el proc... forma de esa devolución?
225. 3: Eh, hay de todo: es que hay profesores que son bastante más sensibles al tema, y otros que no. Pero en general eh... por lo menos se generan... instancias
226. P1: Instancias, es que hay profes que uno ve que, no sé, que tienen un manejo con los niños, que tienen mucha paciencia, mucho corazón, de estos que están constantemente preocupados para que el tratamiento del niño sea efectivo, de ellos mismos darles la medicación como en estos casos como intervención... respecto al tema en tratamiento en sí, lo más que ocupan la medicación para dársela en la casa, para que esté tranquilo en la casa; entonces la pastilla que se supone que era de la mañana, para que estuviera concentrado en clases, se la dan porque se la dan...
227. P2: Entonces, ojo con la medicación, que la medicación tiene que ver netamente, el objetivo de las pastillas está bien claro, bien definido; el DSM-IV y en todo lo que tiene que ver con los artículos de SDA cuando está medicado es netamente para la concentración cuando está dentro del colegio, no para... hay un malentendimiento de lo que tú planteas; muchas veces los apoderados para otras actividades, que no tienen que ver con la concentración netamente en los aprendizajes del escolar, se los dan para otras actividades. Y al mismo apoderado se le sale de repente.
228. A: Y ¿se hacen intervenciones con el docente?
229. OF: ¿Así como capacitaciones?
230. 3: ¿Intervenciones en el aula?
231. A: En el aula o algo que apunta más a un trabajo que apunta más, digamos, a estrategias con el docente o de... tanto de recursos pedagógicos más que...
232. P2: Lo que pasa es que el programa HPV trabaja muchas veces con los docentes este tema de promoción de aula, que tiene que ver, se abordan estos temas...
233. A: Clima escolar, me parece que se aborda, ¿tiene que ver con clima?

234. 1: Sí, en el segundo ciclo tiene que ver con clima escolar
235. P1: En el primer ciclo también es promoción de aula...
236. 3: Lo que pasa es que yo no sé cuál es la lógica; pero estoy segurísima que el segundo ciclo es clima escolar, pero no sé el primero
237. EDI: A mi los docentes de repente me preguntan, cómo lo pueden hacer. Pero así informalmente; no es que yo me siente con ellos, una planificación y todo eso, no.
238. OF: El HPV sí, trabaja estrategias de manejo en el aula, con directo el profesor. En el segundo ciclo trabaja de forma individual, cada profesor con el profesional.
239. P2: A propósito es que ellos hacen una evaluación de niños con índice de riesgo en torno a temas de hiperactividad de SDA, entonces sigue siendo un trabajo. Pero, el primer ciclo a mi me consta que lo abordan dentro del año, de las actividades que hacen con los profesores, el tema como del manejo de los niños que se aborda; como un área temática. Pero no es todo el año, se abordan otros temas también. Pero sería esa la instancia que está por el momento.
240. EDI: Pero ojo, que HPV cuando trabajan con cosas de todo tipo; o sea, no trabajan solamente con la técnica específica para trabajar el SDA, los consejos prácticos para el SDA... por ejemplo hay profes que a mí me han preguntado, entonces, yo por lo que yo sé del SDA les debo haber sugerido que busquen y que –o sea, no les doy que leer porque no lo van a leer- pero les digo que hay ciertas técnicas que tienen que usar con niños con SDA, ni siquiera tienen que sentarlo tan adelante; es netamente darles estímulos. Es una de las primeras cosas; primero darles estímulo, y hacerles tareas que no tengan que ver con mucha complejidad. O sea, que va una orden precisa y corta, y las tareas de complejidad máxima no. Siempre corto y preciso, porque si les dan dos o tres órdenes no las van a lograr asimilar y entender. Entonces hay profes que les dicen y al niño no, no le da po’... entonces esas técnicas que de repente me dicen *cómo lo hago* y “no po, mira”
241. A: Pero es el docente el que va a manifestar como esta inquietud y te va a preguntar...
242. EDI: Pero no todos
243. P2: Es que hay algunos que tienen un manejo de por sí solos
244. OF: De ahí la idea del próximo año de iniciar como temáticas de trabajos en los consejos. Y está pensada una de las temáticas, indispensable del tema del SDA; que el profesor vaya aprendiendo, vaya cachando las necesidades, como la problemática en sí...
245. P2: Y hay otras actividades que vienen como de otros programas que están dando como luces que también se pueden ocupar. Por ejemplo, con el tema de hiperactividad, el programa ECO tiene una actividad deportiva que instan a tener como ciertos ejercicios

dentro de la sala de clases, que se llaman “pausas activas” que se hacen dentro de la sala de clases. Pero hablando con los profesores que son de las escuelas normalistas que se llaman ellos, he tenido una serie de actividades lúdicas que se hacen dentro de la sala de clases, pasamos un rato materia haciendo una actividad lúdica que permitía que los niños se, cuando ya estaban como aburriéndose, haciendo una actividad como haciendo estas poses activas como haciendo ejercicios como 5, 10 minutos, y tratamos de nuevo la actividad. O que lo hacían al inicio o entremedio de la clase; entonces les va regulando un poco a los chiquillos el tema de cuánto se concentran en algo; y que esto que tiene que ver con un tema de trabajo contra la obesidad y de salud, también se puede meter dentro de este tema de... que son como...

246. A: pero en este minuto como que no hay un plan integrado
247. P2: Claro, son programas que se están viendo como “propósito de esto” podrían funcionar acá. Y profesores que dicen “en mi tiempo se hacía esto---” bueno, por qué no retomamos en función de esto. Pero está como acostumbrado al alumno foto...
248. EDI: Ahora, ojo que con las problemáticas del SDA-H y el... aparecieron, acá en la escuela como que se están dando PIE hace poco, no de... o sea, no como que estaban de... ahora como que están apareciendo más niños diagnosticados: los que siempre se les había visto la problemática era a los limítrofes, a los niños con posible déficit intelectual. Claro, y normales lentos; eso siempre se había trabajado acá; pero el síndrome de hiperactividad como tal, acá en la escuela acá en este tiempo, por lo que he escuchado hablar a las educadoras, está en boga, y es por eso que se están haciendo derivaciones para el proyecto; para que tengan su atención como corresponden. Porque es una preocupación netamente de por la gente que ha sido evaluada; entonces han aparecido muchos casos de niños con síndrome de hiperactividad; entonces es re-importante entender de que es nuevo, en el sentido de problemática, ha surgido ahora; no ha estado así como las otras problemáticas que han encontrado los chiquillos, de vulnerabilidad de derechos y esas cosas, que
249. 1: Quizá no estaban fuertemente visibilizadas.
250. EDI: Claro. Eso...
251. A: Ya, ya... y en relación a eso eh, cuál es... ustedes hablaban del medicamento y del niño, es decir, como que de las líneas primeras de tratamiento del SDA tiene que ver con este tratamiento medicamentoso...
252. OF: Pero también con el tema como de orientación a los papás. O sea, como que se abren inmediatamente las dos líneas, porque la orientación de nosotros y generar una intervención externa, de orientación psico o socio-educativa, hacia el papá para que pueda manejar bien el tema también
253. A: ¿Cuál es la relación del niño con su tratamiento?

254. OF: ¿Desde lo que sabemos nosotros? No sé po, yo por lo menos no hago intervención directa con los niños... salvo que te decía, con las temáticas de vulneración, pero no estas temáticas. No te podría decir yo.
255. 3: Yo no visualizo que haya un espacio de trabajo individual en función del tema. Que además, nuevamente, o sea, en general las problemáticas como psicosociales de la escuela son como tan grandes, que el SDA es un 10% del problema; entonces en general...
256. P1: Se avoca a un, a otros... otras áreas; de hecho la escuela tiene un índice de vulnerabilidad del 85%
257. 3: Sí, tiene situaciones de pobreza, de maltrato, entonces...
258. A: Entonces el abordaje un poco del SDA, dentro de otras temáticas...
259. 3: Es como una parte de... como que no te imagino un caso de acá de la escuela que hayamos visibilizado que sólo sea el problema del SDA. No te puedo imaginar ninguno
260. P1: Es un tema multiproblemático
261. OF: SDA con niños en situación de pobreza, calidad habitacional, padres con consumo de drogas...
262. A: Entonces como que uno de los diagnósticos más es el SDA y donde eso se trata con medicamentos...
263. P1: Yo creo que nos costaría como poder encontrar un caso que sea puramente un SDA, como que el resto no tenga ningún
264. OF: Por eso yo creo que la mirada integral, como que el abordaje termina siendo integral también. Como de agarrar todas estas problemáticas, como *multiproblemas* y empezar a trabajarlas como, cada uno de nosotros desde su posición. Por eso a lo mejor nos falta como entrar el SDA y decir, ya, para esta problemática tenemos como *este* protocolo. No, porque en el fondo ahí están como este multiproblema...
265. 3: Claro, porque tiene que ver yo creo como con la claridad, o sea si por ejemplo, un niño está con una situación de violencia, o de maltrato, que no es recurrente; primero, hay que dar cuenta de eso, y en el fondo los papás de ese tipo son los menos colaboradores. Entonces, sensibilizarlos, interrumpir ciertas situaciones de violencia... hasta que llegamos a la posibilidad de trabajar como el otro tema.
266. A: Es que es fuerte porque, si ahí se ve como entre una de las pocas más, o uno de los diagnósticos y muchas veces ustedes están viendo que hay otros diagnósticos que tienen más peso en el fondo, del SDA, no sería como tal, sino que un síntoma que es como un foco en la problemática central... cabe interés pensar por otra parte igual sigue existiendo mayor número de diagnósticos del SDA. Y entonces el impacto que tiene un

diagnóstico, focalizarlo también a al SDA, digamos, y a lo que tiene que ver con el tratamiento medicamentoso, cuando hay otros temas a la base...

267. 3: Como que no te entendí la última parte...
268. A: Que, es decir, siendo que hay otros temas, cómo en el fondo igual tú haces un diagnóstico de SDA –no ustedes, pero igual-
269. 3: Sí, es que en ese sentido lo que nosotros hacemos es externalizar. A la red. Porque efectivamente ninguno de nosotros es neurólogo, por ejemplo, para hacer esa determinación.
270. P1: Podemos más hacer un informe que muestre claros indicadores de... pero finalmente el diagnóstico en sí... el que firma tiene que ser el neurólogo
271. EDI: ...Son los especialistas
272. 3: En ese sentido, por eso es que te decía, es como el seguimiento...
273. A: Y ahí el neurólogo va a decir nuevamente “pero, es SDA” pero ustedes están dando luces es que hay muchas otras problemáticas que están...
274. 3: Entonces por eso, se garantiza que al menos la atención médica esté cubierta. En el fondo, que no haya un niño que no esté cubierto, que tenga sospecha y no pase ná. En el fondo, se llama a los papás, que tienen que llevarlo a que tiene que hacerse la interconsulta; se lleva al consultorio, y necesitamos que de manera más urgente quizá se vea esto porque además hay tal tal y tal, otra cosa, ¿cachai? Y ese es como parte, entonces por eso te decía, es una parte de como toda la situación con la que generalmente vienen los niños a esta escuela en particular...
275. A: Y acá, es decir, devolverle esto al profesor, de que este alumno no atienda en clases, pero de que porque efectivamente *todos* estos problemas le llevan a no atender en clases, más que porque tenga un SDA... eso... ¿hay?
276. P1: Sipo, de hecho desde la llegada de nosotros, de una persona de una red que vino, que es como tema, esta línea de tiempo que mostrábamos, de cómo se ha ido sensibilizando el tema, todos estos temas que te mostramos, porque antes, claro “ay este niño que es inquieto” o qué se yo; entonces hay profesores que en discurso te decían “oye si este es un tema social” como pa afuera. Entonces “tú me tení que ver esto, porque si el niño vive en la línea de la pobreza” entonces como que qué vai a hacer po
277. 3: Si los papás separan al curso...
278. P1: “Pero eso es de afuera; lo de la escuela es lo que me preocupa”. Entonces con el paso del tiempo se ha ido sensibilizando harto el tema, eh, la llegada del profesor también ha sido como más abarcante de no ser solamente “este niño es inquieto, me da

la impresión de que en la casa le está pasando esto” sino que conversamos con el apoderado, y ha sido un informante súper clave también en todo, no sólo respecto al SDA. De repente nos enteramos respecto de situaciones como tú dices “cómo puede pasar esto” y pasa. O sea, niños con, que van al tratamiento del Hospital, que llevan años y no hay ningún cambio, y en el Hospital te dicen que están todos los medicamentos, y claro, la mamá vende los medicamentos, no se los da al niño. Es el caso que tenemos puntualmente ahora que resolver... que estamos en tribunales por él. Pero cachai que el problema nosotros lo ingresamos a tribunales porque el niño no vino a clases, se aburrió; no precisamente porque la mamá haya sospecha de que vende los medicamentos; ese es como un 10% de lo pedido, del problema que es mucho mayor. Pero ahí está metido el SDA de ese niño, que tiene diagnóstico, que debería tener un tratamiento por años en el hospital, que el hospital le consta que el papá retira los medicamentos, pero no se los dan, los están vendiendo parece. Entonces quedamos con, ese ejemplo le sirve al profesor como para decir “ah, mira, no sabía” o profesores que de repente saben y van conversando con los colegas de a poco y se van sensibilizando harto con este tema de...

279. 3: Y que también tiene que ver con el tema de cómo hemos delimitado los roles porque por ejemplo, voy a pensar, ya bueno, hay dos psicólogos. Pero qué rol cumplimos nosotros; por ejemplo ya atención más clínicos, diagnósticos, y enfocados a otros temas como emocionales asociados a un diagnóstico como más integral. El SG hace más una pega que es como más psicosocial, entonces por ejemplo dentro de los profesionales que habemos, no hay ningún psicólogo que esté dedicado a orientaciones de aula, respecto a temas... no, no existe esa figura, como uno podría decir, en ese caso es el R quizá quien colabora más directamente con los profesores... si hacemos una labor de sensibilización es como una labor más integral de las situaciones de los niños.

280. P2: O en la relación tú a tú de repente más con un profe *por caso* y le vai comentando en ese, que está dentro de la sensibilización, tomándose un café, conversando un poco el tema, entendiendo como todo lo que ocurre alrededor de sí mismo. A veces ha resultado más así que necesariamente en un grupo que, hablando del mismo SDA los profes se ven como que están en el computador; los otros están conversando pajareando, y no te escucharon, y no te escuchan hasta que tú decí “terminamos”... y te dicen “oye, que estuvo buena la...”

281. A: Y cuando ya se ha desarrollado un diagnóstico y tratamiento, digamos, ¿cuál es la efectividad que ustedes le encuentran al tratamiento?

282. 1: Al tratamiento en el fondo como medicamentoso, o... lo que sea a nivel externo...

283. P1: En algunos casos se ha visto un leve, por ejemplo niños con excesiva efectividad, como por ejemplo el Ariel...

284. 1: Pensé al tiro en el Ariel, es que ha tenido un cambio súper importante

285. P1: Tenía un diagnóstico y la mamá nunca quiso tratarlo como neurológicamente, por temor a que el niño fuera drogadicto, entonces se habló muchas veces con la mamá, los temores, bla bla bla, inició el tratamiento y se notó al tiro un cambio en el niño; o sea el niño, de ser el punto negro del curso, por sus conductas impulsivas-agresivas, pasó a estar mucho más tranquilo, a ser como centro de atención de los profes...
286. 3: Eso es lo que busca el profesor po, que el niño esté bien sentado y que no de problema, y ya, como que el problema está resuelto.
287. P1: En ese caso se ha visto; de hecho pensamos justo en el mismo niño.
288. EDI: El caso de un niño de primero que yo veo, sí funcionaba, pero ha funcionado en el sentido de un seguimiento desde que estaba en una Escuela de Lenguaje, porque yo vengo de una escuela de lenguaje y me vine para acá y el niño justo resultó que se venía para acá. Entonces, conozco el caso especial de él; y el niño está siendo medicamentado, pero al principio nosotros cuando estábamos en la escuela de lenguaje nosotros partíamos con el niño, le hacíamos devolución al médico diciéndole que los medicamentos eran muy fuertes, entonces le fue cambiando la dosis, hasta que llegó una pastilla que ha quedado como precisa; pero el niño no quiere decir que esté *así*. El niño se mueve en la sala, pero sí todos sus problemas eh, de hiperactividad y de SDA se han reducido en el sentido de que se puede concentrar, puede estar un rato más concentrado de lo que era antes. Y de a poco, en el sentido de que se tenga que parar y todo eso, también han bajado sus respuestas, ahora está como más tranquilo. Pero tampoco cae en la somnolencia; o sea, tú lo llamas y le tiras una talla y cualquier cosa y se va a reír, o sea está como justo y preciso. Pero también hay un trabajo de hartos años atrás...
289. A: Ya perfecto. Pero en este caso, ponte tú del niño, un trabajo como que simplemente como que cambió con el tratamiento digamos, médico...
290. OF: Es que no necesariamente, porque ahí está como, digamos, la mirada más integral. Porque ese apoderado, precisamente bien colaborador, también tiene que ver con esto de cómo en las intervenciones está la familia también po...
291. A: Y ustedes también tratan como de dar cuenta de eso, en el caso que ustedes están hablando, que también hubo un cambio en la familia... o, siendo bien sinceros (ríe) fue un cambio en el medicamento, y gracias al medicamento el Ariel ahora está así; o realmente hay un compromiso, trabajo con los padres, o esto...
292. P1: O sea, hubo un seguimiento con los papás, no es tanto. La cosa es que sí nosotros podemos apelar un poco a la sensibilización con los papás...
293. A: De que se diera cuenta que el tratamiento es importante
294. P1: Y que se diera cuenta de que, bueno, el niño está en un tratamiento pero tenía también en el consultorio una atención la mamá, con el niño. Que se retomara. Entonces

que no se viera como que una era más indispensable que la otra; muchas mamás dicen “no, que me atienda el puro psicólogo” pero no es la idea. Entonces es como el complemento lo que da el resultado. Nosotros no hemos hecho una intervención necesariamente de seguimiento con los papás del niño.

295. OF: Pero no hemos hecho, claro, una intervención post-medamento. Porque hubo una intervención larga el año pasado con Ariel; antes de que se lograra que la mamá tomara conciencia de la importancia que tenía; porque ella era como que se negaba, y siempre que la citábamos le decíamos “ya, traiga los papeles del médico” “ah ya” y no venía, o no traía los papeles y no traía el diagnóstico. Entonces, yo estaba haciendo talleres, o sea intervención con Ariel, eh, tratando de que fuese su integración como súper, una integración exitosa en el contexto educativo, pero no se lograba po. Y porque claro, tenía eso, pero no teníamos manejo de los antecedentes, que la mamá nunca los presentaba; se logró que la mamá tomara conciencia de la importancia que tenía –porque ya no estaban dando los resultado los, las sesiones de orientación y qué se yo- eh, se logró que la mamá lo llevara, presentara los papeles, y que la mamá le llevara el tratamiento con medicamentos. Y ahí como que, Ariel tuvo... como dice R, no es un niño que está *así* en la sala; no, es como súper...
296. EDI: Hay toda una, en el caso del niño, una, yo voy en el primer ciclo, de primer año básico; hay todo un trabajo, después de dos años de probar y trabajo con la mamá, porque la mamá siempre estaba atenta a los cambios que sufría el niño; y eso es súper importante porque hay ciertas ocasiones en que yo he sabido que se le da el medicamento y “ah, qué bueno que estés así” y listo. Es como, sacarse un problema de encima. Pero en este caso no, la mamá estaba súper encima, me decía “tío, sabe qué, después de darle el medicamento ¿cómo se comporta?” y me preguntaba; me decía “no es que el niño está babeando, se está quedando dormido” y yo le digo “cómo llega a la casa”, me dice “no, sabe que en la casa un día vomitó, tenía como mucho exceso” entonces yo le dije “ya, vamos al tiro”. Al otro día hablamos, escribimos, y mandamos al Hospital que fueran a dejar eso porque era súper importante esa devolución de información tanto mía como la mamá como lo observaba en la casa: pero hay apoderados que no se preocupan de eso...
297. A: ¿Y ustedes qué instancias promueven como para trabajar eso con los apoderados?
298. EDI: Primero hay que hacer una capacitación en el sentido de informar de qué se trata todo esto, de entender...
299. 1: Pero es en el uno a uno; dependiendo del caso, no hay como una estrategia que...
300. P1: Nosotros el año pasado con la N tratamos de hacer un taller en escuelas con padres de niños que tuvieran índice de SDA-H o que fueran diagnosticados. Pero no

recuerdo qué fue lo que pasó en el camino que nos quedamos con toda la idea de hacer el taller y no resultó

301. A: Y no era por sospechas...
302. P1: Eran como talleres temáticos para los papás
303. A: Bueno yo sé que este año están realizando algunos; el consultorio de Rodelillo.
304. 3: Sí, nos llegó una invitación. Pero nosotros como ejecutores no más, no hay una invitación...
305. A: Y esas invitaciones que les envían del consultorio son también abiertas a los papás, digamos, de la escuela...
306. 3: Sí, en contexto con HPV también. Como se trabaja hartito en red, llega harta información de ellos.
307. A: Entonces ustedes en el fondo, le dan como toda esta información a los papás como para que sepan más o menos dónde...
308. OF: Pero ahí con la autodeterminación de que participen, porque en el fondo...
309. P1: Ahí pasamos a otro tema, que incluso lo hemos trabajado en reuniones con otras redes, o sea, en la Mesa Técnica que se hace acá en la escuela de redes, el tema de la adherencia de los papás. O sea, es súper bajo, tu convocai gente para actividades y la gente no sé po, si haces una convocatoria para 100 personas, te llegan 10. Entonces ahí también habla un poco de, de qué está pasando con los papás, que es un tema, no de la escuela sino de las redes en general. Instancias que se promueven para promover estos temas, abordar, sugerir... pero la gente no va. Eh, incluso en algunas de las mesas se trató, que cada red mostrara como algunas buenas prácticas que estuvieran dando resultado en la adherencia de los papás; pero caemos en otro foco, "ya, vemos esto, creemos que es necesario esto" y cuando lo vamos a implementar nos damos cuenta de que falta lo más importante que es el público.
310. A: Y en esa implementación ¿qué actores consideran que sea relevante que estén presentes para que esté buena? En un tratamiento de SDA.
311. OF: Los padres, principalmente. Los padres, profesores, ¿de la escuela dices tú? Los profesores, en realidad todos los estamentos, pero también el ambiente del que se desenvuelven. Pero principalmente en una intervención directa, así como de capacitación y de orientación...
312. A: Y eso está, es decir, participan como todos estos actores...

313. OF: Eso está *pensado* desde la dirección, para el 2010 como un proyecto establecido, de trabajar las temáticas. Las temáticas de SDA es una de las temáticas fuertes que quiere trabajar dirección; en horarios de consejos reflexivos.
314. A: Y ustedes cuando hacen como a nivel de seguimiento de las distintas intervenciones, ¿se trabaja también con los profesores?
315. 1: Más que nada como te explicábamos po, con una devolución, no tan formal todavía, que se piensa hacer formal...
316. EDI: Es con el tiempo, es una de las cosas formales que se quieren hacer, por una cuestión de tiempo porque los profes tienen los tiempos súper restringidos para poder hacer cosas que no se encuentran dentro del horario. Entonces de repente hay profes que se arrancan por una situación que tienen, de pasadita y...
317. P1: Se toman un café con nosotros en el recreo y, hablamos así rapidito el tema y listo, sería como parte de la... [...]
318. P2: Porque oficialmente no hay horas que a ellos les den, como de decirte, de coordinación y articulación con nosotros para decirle “oye, hoydía me toca articulación con el psicosocialeducativo para ver los casos que he atendido” no, de eso no hay. No hay...
319. P1: De hecho el profesor ni siquiera tiene horas y ocupa la hora libre que tiene, que es solamente cuando están en Educación Física, para atención de apoderados. Pero formalmente que ellos tengan una hora para atención de apoderados, no está po. Ellos dicen “yo tengo esta hora libre porque está en Ed. Física”, y estamos hablando de un lapso de una hora y media de clase, y en una hora y media ¿cuántos apoderados atendís realmente? Y en la hora que puedan venir, que de repente tienen libre de 11 a 1 y el apoderado no puede. Lo perdiste po, así que está complicado ese tema
320. EDI: El sistema no se presta para hacer ciertas cosas. Pero sí la gente del área de educación ha estado como atenta a este tema de la falta de tiempo para planificar; yo tengo entendido que dentro del sistema de los profesores, por ejemplo estas vacaciones de verano que se toman, más que vacaciones son como tiempo que ellos deberían planificar todo el año. Pero si fuera así no sirve, porque resulta que durante el año no podí trabajar tan estructurado y decir “ah es que esta es mi planificación y yo no me muevo de eso”. Deberían haber horas de planificación, para planificar, articular, coordinación... la idea es tener en tu horario de clases para planificar como corresponde, porque no tienes por qué estarte llevando trabajo para la casa, porque según tú vida personal... y uno de los errores que cometen los docentes, porque si se presentan estrés y problemas emocionales de cansancio, es por la sobre-exigencia de trabajo, y tiene que... “somos los únicos que tienen que llevarse tarea para la casa, y eso no tiene gracia porque tú se supone que cumples tu horario de trabajo, y debes rendir al máximo esas horas para poder trabajar en

planificación; y en la casa tu dedicarte a tú familia, a tu vida personal. De hecho en el HPV las problemáticas más grandes con los profesores son esas, el sobreexceso de trabajo y el no darse tiempo para ellos; nunca salen a bailar, hay una profe que dice que no ha salido hace diez años, ni siquiera a bailar con el marido [risas y comentarios]

321. A: Ya vamos cerrando...y tiene que ver con el tema de, un poco uds. Lo hablaban, del nodo problemático que ustedes han visto. ¿Cuál es definitivamente entonces, que son los nodos problemáticos? Estaba esto de la relación con Salud;...
322. 3: La... sipo, a nivel interno quizás un proceso de sensibilización que está en curso, pero que en el fondo todavía no es completamente efectivo. Quizás eso, como algo que está en curso
323. OF: Más estructurales, como el tema de que hablábamos de la toma de iniciativas, este tema como formal que tipo de visualización del niño, que toda forma que se visualiza es de un niño que se sale de la norma y es un niño problema al profesor. Entonces el profesor esta como permanentemente tratando de hacer cosas por estos niños, pero esas mediciones que han perdido los obligan de repente a seguir la máquina como cultural del hacer diario. Y eso es súper heavy po, creo que es un nudo crítico súper grande.
324. A: El que...
325. OF: El nudo crítico estructural, de este sistema cuantificable de mediciones que guía al niño y al profesor como en esta máquina como de...
326. P1: Por ejemplo el modelo está enfocado a un cierto tipo de niños, ese niño que tiene otra característica diferente y no se adapta a ese modelo, no hay capacidad de integrarlo. El profesor se ve sometido a una estructura que él puede evaluar, que supervisar, que exige resultados.
327. EDI: Un niño que no cumple con los resultados de aprendizaje, que el PAC plantea como SI, no está dentro del sistema que quiere el PAC evaluar, entonces el que queda afuera porque tiene un estilo distinto de aprendizaje...
328. 3: Y el SIMCE también po, que es una prueba estandarizada para *todos*, o sea, colegio particular, subvencionado...
329. A: Y en el caso de ustedes, bueno, definían también un nudo problemático que era en relación a las coordinaciones con el sistema de Salud en relación a esta, a lo mejor esta ficha que ustedes desconocen el número de diagnósticos, de personas que están siendo atendidos...
330. 3: No hay retroalimentación; en el fondo no hay mucho acceso a los diagnósticos o, ehm, de alguna manera claro, en el fondo uno no tiene la posibilidad de tener una retroalimentación del médico; sino a lo más que el Asistente Social te lea la ficha en la cual

el médico puso tres palabras, donde no hay una proyección del tratamiento, no se explica cuál es la dosis o por qué esa dosis ha cambiado; en el fondo no hay posibilidad de diálogo mucho con esa instancia; y en el fondo eso también genera como que se desarticule el trabajo. Por eso yo te decía, de repente como que el piso es garantizar que los niños tengan atención, ahora, qué es lo que más podemos hacer, sensibilizar a los papás, sensibilizar a los docentes. Pero qué más podemos hacer desde nuestro hacer, desde nuestro rol y desde nuestro tiempo acá en la escuela, es difícil... es como, yo lo veo como... ahora, que eso no signifique que de manera informal se den ciertas acciones más puntuales, de asesoramiento a profesores, eh, o de otro tipo de coordinaciones, sí, pero así como un plan, o como algo que esté más definido dentro de las funciones que quizá nosotros podemos llegar a realizar –independiente de que entendamos que esta es una problemática importante y súper sensible para que los niños generen el aprendizaje, que finalmente es el rol de la escuela- eh, es difícil quizá ponderar en función de la situación de vulnerabilidad psicosocial que quizás se pueda en la escuela...

331. 1: Bueno, si uno tuviese que pensar hoy día que de intervención o problemáticas que nosotros quisiéramos instalar, a lo mejor quizá tampoco sería la prioritaria. A lo mejor quizás hay temas de convivencia escolar que incluso estarían antes en la lista de generar un programa como... pero no tiene que ver con el desconocimiento de la importancia del tema; sino que en el fondo desde lo más global, a lo más particular en temas de apoyo a los proceso de aprendizaje de los niños
332. A: ¿Y cuáles son los desafíos que ustedes se proponen en relación a esto?
333. 3: Es que yo creo que ahí tiene que ver básicamente con que tuviéramos más personal que pudiese por ejemplo hacer... o sea para nosotros sería bacán que hubiese alguien que pudiese asesorar a los profesores en el aula, respecto de esta temática en específico. Pero un trabajo así requiere de un tiempo, con un programa... especialistas...
334. 1: O sea, sólo a esa temática, eso que propone MJe
335. R2: Como la especialización también porque, bueno pasa mucho cuando tratamos con las redes, también nos damos cuenta de que les toca hacer como muchas cosas que no les toca dentro de su; que más define su estructura, y su rotación, y los tiempos que tienen, los termina sobrepasando la tasa de demanda tan alta que los deja al final haciendo de todo un poco. Entonces tiene como cierta inconsistencia el trabajo
336. 3: Claro, ni el SG ni yo somos psicólogos educacionales, por ejemplo. Entonces trabajamos en una escuela, pero quizás desde otra mirada, trabajando temáticas, pero en función básicamente de situaciones de pobreza, de procesos sociales, etc. No es una función netamente del tema educativo, como un apoyo psicopedagógico, no sé...
337. P1: Y que en verdad a veces dan ganas de hacerlo, pero las necesidades a veces son como... hay cosas tan graves que son previas a esto, que a lo mejor de aquí a unos

años más, cuando este tema esté un poco más cubierto... podemos entrar a trabajar temas más netamente educacionales...

338. 3: Es que también cómo escoges 1, 2 ó 3 profesores para hacer esto, en el fondo tenís que hacerlo con todos. Y hacerlo con todos en el fondo significa una pega gigante po. Y no hay ninguno de nosotros que esté dedicado a ese tema particular como de asesoramiento pedagógico en el aula...

339. A: Bueno, les quería agradecer mucho por su tiempo, ha sido muy grato conocerlos, conocer su trabajo y, agradecerles.

340. **[fin de la entrevista]**

ANEXO 12

ETAPA 3

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

PROFESORA CUARTO BÁSICO, ESCUELA 2

1. A: ...Si mañana es viernes 30, ya me estoy adelantando
2. P: ¿Cómo te llamas tú?
3. A: A. Ya, antes que nada, bueno agradecer tu disposición a participar de esta entrevista. Y partir preguntándote, ¿cuál es el nivel de presencia, es decir, cuántos casos de SDA, ya sea diagnosticado o que tú sospeches tienes en tu curso?
4. P: La hiperactividad con déficit atencional ¿también va en esta parte?
5. A: Sí
6. P: Ya, tengo dos alumnos que llegaron diagnosticados, uno que se diagnóstico prácticamente a finales de este año, y yo creo que unos tres casos más. Serían 3, 5, 6; sí 6.
7. A: A ver dos alumnos diagnosticados, más 3 casos...
8. P: Claro, que llegaron diagnosticados este año, uno que se diagnosticó ahora, porque otro ya traía ése informe y...
9. A: Ya veo
10. P: Y otro tantito que yo veo por ahí
11. A: Y, en el caso, digamos, de este diagnóstico, ¿quién es el encargado de realizar esto? ¿Qué instituciones participan?
12. P: El chico que te digo que diagnosticaron este año lo hizo la corporación... no sé cómo se llama la persona... hicieron un... este test psicométrico.
13. A: Ya, perfecto.
14. P: Pero no recuerdo la... lo hicieron unos días antes del SIMCE
15. A: Ya, y esto lo hacen eh... digamos, porque había una inquietud...
16. P: Sí, había una inquietud desde... no sé si voy a pecar, pero... había una inquietud desde el año pasado, ¿ya?
17. A: Ya
18. P: Yo conozco a estos niños desde tercero, entonces estuvo siempre la inquietud de que se... que fueran diagnosticados, pero hay que ser honesta: no se dieron las circunstancias, el tiempo para que fueran evaluados. Este año se pudo, pero fue a esta altura, ya a casi finales de septiembre, primera semana de octubre. Dentro de lo que se diagnosticó a este

chico con SDA, lamentablemente lo otro que yo tengo dudas ehh no hubo la forma de hacer el diagnóstico, porque son alumnos que además faltan a clase. Entonces, aún habiéndolos llamado por teléfono, a veces los celulares no resultan, entonces no hubo una forma de contactarse como para haber hecho, aprovechando, entrecomillas, que estaba la psicóloga para que hubiera hecho el diagnóstico.

19. A: Entonces, digamos... Estaba este niño y la sospecha ¿quién es el primer actor relevante en esto de la detección del SDA?
20. P: Bueno, yo pienso que en este caso el profesor, porque está más tiempo con él, ¿no es cierto?, en cuanto a clases, a la cantidad de hora clase que se le hace, que en este caso me tocó a mí.
21. A: Ya, tú empezaste a darte cuenta que el niño tenía dificultad.
22. P: Claro, que hay una dificultad, porque de verdad los niños que tienen cierta dificultad en ámbito que sea eh se nota porque ellos lo evidencian en su forma de actuar que algo está pasando y cuando es atencional es como un poquitito más fácil darse cuenta de que se distrae con mucha facilidad, que no logra períodos de concentración muy largo. Y después el paso siguiente, es hablar con V, que ella es la psicopedagoga y a través de ella, ella hace los contactos con para pedir la psicometría y los informes que sean necesarios.
23. A: Ella es la que luego hace como... tú eres el primer eslabón de ese canal
24. P: Sí
25. A: Luego viene internamente, digamos, el hablar con la psicopedagoga y luego de eso ella busca por otras redes.
26. P: Exacto
27. A: Y ¿cuánto es el tiempo que pasa desde que tu comunicas y el niño?... porque en este caso digamos, ya la corporación hizo eso, pero en otras instancias, el caso de los otros niños ¿cuál es el proceso en el que, digamos, después es diagnosticado?
28. P: A ver, ¿tú te refieres a los otros que yo tengo dudas y no han sido diagnosticados?
29. A: Sí, cuando tú tienes esa sospecha, ¿cuánto pasa ahí en que realmente llega...?
30. P: Es que, por eso te digo, todo se da de acuerdo a que; tu puedes darte cuenta, suponte, primer mes que sucedió. Como te digo, y vuelvo atrás porque, a estos niños los tomé el año pasado, el año pasado yo traté que fueran evaluados externamente.
31. A: ¿Pero tú los tomaste en segundo?
32. P: En tercero.
33. A: ¿Y ahora están?
34. P: En cuarto
35. A: Cuarto

36. P: Pasaron a quinto
37. A: Ya perfecto.
38. P: Entonces, es un período bastante largo, pues si tu ves el 2010 no se evaluaron, que es cuando debió haber sido.
39. A: Y ¿por qué crees tú que ahí no se...?
40. P: Mira yo creo que hay un tema de, no sé si será falta de personal dentro de la entidad que tiene que enviar, porque como te digo, es una persona externa que hace la evaluación y se llenaron las fichas de educación, pero no hubo un ayuda en ése sentido. Porque para mí lo ideal era que ellos hubiesen sido evaluados el 2010.
41. A: Ya, perfecto.
42. P: Digamos primer semestre del 2011
43. A: Espere un poquito [ríe]
44. P: Entonces se fue dilatando, dilatando. Yo, es una cuestión bien personal, yo creo que hay mucho caso, entre comillas cierto, por llamarlo de alguna de alguna forma y muy pocas personas que puedan hacer este diagnóstico y simplemente no dan abasto. Es lo que yo pienso, o sea la corporación tendría que tener 100 psicólogos, no sé...
45. A: Y después del diagnóstico, ¿cuál es el paso siguiente?
46. P: Ya, el paso siguiente es ver qué es lo que en definitiva ajuste habría que hacer para esos niños, porque hay que hacer una adaptación curricular.
47. A: Ya
48. P: Para ver qué pasa y dependiendo el grado, que haya dificultad, a lo mejor que vayan de estos grupos de apoyo... integrados, en algunos casos. A veces, y de todas maneras V los ayudaba en todas la maneras a los niños... antes... inclusive el 2010 -me voy a devolver de nuevo- ella los devolvía en su parte profesional en la que ella pueda, pero nosotros que resulta ser un déficit de ese tipo que ya está diagnosticado, hay otras cuestiones en juego... pero ella igual los veía dentro de la sala o lo sacaba dependiendo de algunas actividades y los atendía en forma personalizada. En ese caso la escuela ayuda y yo diría que bastante, porque también son bastantes los casos que hay en relación a estos problemillas de déficit y de otros tipos de dificultades también.
49. A: Entonces, luego de hacer el diagnóstico, se les da ese apoyo, esa intervención más psicopedagógica, que atención curricular, que bueno que ya han tenido esas intervenciones antes, y por otra parte ¿qué otro tratamiento tienen estos niños en caso de estar diagnosticados?
50. P: Mira, yo te diría que básicamente ése (estar diagnosticado).
51. A: Desde el colegio.
52. P: Desde el colegio, ése.

53. A: Pero ellos, como tratamiento ¿no hay intervenciones farmacológicas?...
54. P: No, a ver.... El que se detectó acá, no. Porque yo te hago una separación, porque los otros, los que venían con su informe listo de otra escuela, ellos si tienen fármacos.
55. A: Ya
56. P: Ellos si venían con su medicamento, diagnosticados ya desde otro... nosotros seguimos el conducto no más.
57. A: Ya y en este otro caso. Este niño que se diagnosticó ahora, todavía no tiene esa intervención.
58. P: No, porque en el fondo quedó en este momento, está sólo el diagnóstico.
59. A: Está como en espera.
60. P: Claro, no hay otro... no ha habido nada mas al respecto. Pienso que porque fue prácticamente a final de año, yo creo que el próximo irá a ser... tomado con mas rigurosidad.
61. A: Ya y, ¿cuáles son tus expectativas, en ese sentido, con los tratamientos de estos niños?
62. P: En cuanto a... tratamiento ¿tu te refieres al apoyo pedagógico al apoyo farmacológico?
63. A: Claro, ¿qué es lo que se espera que se logre con estos niños con SDA?
64. P: Que se espera, bueno... lograr obtener o poder ayudar o sacar el máximo de potencialidades dentro de lo que ellos, de lo que es sus límites, porque de alguna forma no es sólo tomar la pastillita, no es sólo el hecho de hacer una adaptación, es una cuestión que va mas allá. Porque tiene que como a veces dar vuelta el switch, porque hacer que un niño esté atento, no se basa sólo a las ganas de que el niño aprenda, tiene que haber una parte que tiene que ser de él, que sienta la necesidad de aprender, pero lo que uno espera es que ellos logren ir más allá y, con el paso del tiempo, con un poco de madurez puedan lograr más de lo que han logrado hasta el momento.
65. A: En el fondo podemos ver cómo estas dos grandes áreas, que son los apoyos que tienen como del colegio y también por otra parte ¿qué observas tú, con qué otros apoyos cuenta el niño? en el tratamiento, digamos.
66. [No se escucha. La conversación parece cambiar de tema]
67. A: Y tienes un curso de cuántos niños aproximadamente
68. B: Este año, tuve treinta
69. A: Y seis de ellos tienen tanto el diagnóstico como sospecha
70. A: ¿Cuáles han sido las experiencias que han tenido como escolares estos niños? ¿Cómo han sido sus experiencias todo este tiempo? Teniendo digamos estas dificultades de atención y concentración.

71. B: Eh bueno, empezando por tener un desarrollo pedagógico más bien bajo, demasiado bajo en algunos. Porque es lógico, yo no tengo que decirlo, el niño que no se concentra le cuesta mucho retener lo que se está explicando, lo que se está diciendo, a veces ellos necesitan, por su puesto más de una vez la explicación, o sea hay niños que a veces no alcanzan a lograr esa parte. Algunos de ellos también tienen dificultades en la convivencia, porque a demás con un poco hiperactivos, porque no estás así como quietos, entonces claro... son a veces conflictivos, no todos ellos, pero por lo general tienen conflictos con sus compañeros en mayor o menor grado. También habría que agregar no sé si será este el momento, el tema de la familia.
72. A: Ya
73. B: El tema de la familia, a veces, no es... no dan o no brindan un gran apoyo a los niños, en cuanto a que a lo mejor un niño con SDA... ya puede que preste un 30, un 40 o un 50 por ciento de atención en clases, pero tampoco esta cosita de que el papá, ellos lleguen a la casa y el papá les diga "¿qué hiciste hoy?" Sino que "revisemos, ¿por qué la profesora te puso sin tarea?" "¿por qué te puso sin terminar?". Entonces, también eso y aunque suene, que se use mucho, de verdad el apoyo de la familia es súper importante
74. A: Y en estos casos has percibido que no hay mucho apoyo familiar
75. B: No, a demás, para ser justos, hay que decir que, además, son familias que tienen muchos problemas. De índole afectiva, de índole monetaria, entonces... de índole educacional, son papás que han llegado a tercero-sexto básico y de verdad tampoco es mucho lo que los pueden ayudar. Pero yo me conformaría con que ellos vieran que tiene algo que hacer y que trataran de hacer, aunque vinieran malos. Pero hacer el hábito de hacer algo po, no sé...
76. A: Estando ayudándolo... ya y en ése caso, como que tú no observas...
77. B: No, no, no se observa esa gran ayuda
78. A: Y volviendo al tema de estos niños que fueron diagnosticados, cuando estos que vienen ya con los informes hechos ¿fue porque los padres hablaron previamente contigo? ¿Cómo te enteras tú de que existían estos diagnósticos?
79. B: Porque ellos cuando se matriculan, ellos traen todos los informes y "este niño, a ver qué pasa con él, que pasa que es tan hiperactivo, que le cuesta concentrarse, que no está atento". Entonces, uno va a la ficha ve que pasa con él...
80. A: Entonces en el caso que tú me estabas diciendo, cuando se matriculan ellos entregan como todos los informes.
81. B: Entonces eh ahí se vio... Ya, me di cuenta que ellos venían con diagnóstico y que además, traían estos fármacos que tenían que tomar. Que uno de los niños, no se estaba tomando, porque la mamá consideraba que no le hacía bien. El niño había tenido dolores de cabeza muy fuertes y ella optó, sin consultarle al neurólogo, si se lo tenía que seguir tomando o no. Se dejó de tomar.
82. A: Ya

83. B: Como ya era tanto, se logró que la señora volviera al tratamiento y con el otro chico también se dio esa parte. Ahora, uno de ellos traía un informe que era, entre comillas, antiguo, porque estos hay que hacerlo cada un año si mal no recuerdo y hubo una profesora en práctica que los tomó a estos dos chicos que venían desde fuera, desde otro colegio. Y ella estuvo haciendo unas sesiones con ellos, pero ella terminó su práctica y terminó esa parte ayuda especial que ellos tenían.
84. A: En qué sentido, apoyo pedagógico por esa profesora en práctica...
85. B: Ellos tuvieron apoyo pedagógico aparte del que tenían con V
86. A: Y alguna retroalimentación que tu tengas con las personas el diagnóstico, algún tipo de comunicación con otras instituciones que tu tengas...
87. B: No, no he tenido. Por lo que te dije al principio, los niños han sido diagnosticados, pero no han sido ayudados externamente, entonces no hay nadie que me pueda decir "mire pasa esto", "haga esto", "no haga lo otro".
88. A: Entonces las intervenciones, en el caso del medicamento, sería siempre ir a buscar el medicamento.
89. B: Nada más
90. A: Nada más. Ya, y ¿has visto evolución?
91. B: Mm sí, hay uno de ellos que se toma la pastilla al venirse, digamos a las 7 de la mañana y dura bien hasta la cuarta hora, que eso es la 11 de la mañana. Ya de ahí para adelante la cosa se empieza a alborotar de nuevo. Para eso me mandaban a mí una... en una ocasión, yo le daba la mitad de una pastilla, la verdad que yo trataba de aguantarla no se la daba... salvo cuando era muy necesario. El otro chico, si ehm se mantenía por más tiempo, el se tomaba una en la casa no más y no... No voy a decir que era una foto, pero era controlable. El problema además, es que estos niños pelean, son buenos para agredirse. No así a morir, pero que molesta y el otro le contesta... en ése sentido, porque además son inquietos.
92. A: Y la inquietud, ¿cómo tú, digamos, la percibes en clase? ¿Qué dificultades como para hacer una clase?
93. B: ¿Qué dificultades me dijiste?
94. A: Sí, ¿qué dificultades para hacer una clase? Tiene que ver con esta inquietud, porque igual son 30 y tenemos seis que tienen estas dificultades de estar quieto o de mantener atención... ¿Cuáles son para ti, digamos, qué desafíos presenta un niño que tiene esa dificultad?
95. B: [Ríe] Harto, porque de partida te tienes que armar 200% de paciencia
96. A: Ya
97. B: Partiendo por ahí y después bueno en la práctica uno va tratando de que se sienten aquí, se sienten más adelante o tienen el premio de sentarse en algún momento donde quieren y ahí tratar de insistir en el que ellos estén quietos y en que escriban y que

presten atención y que no se molesten. Es como una constante, entrecorriente lucha, con ellos. Pero no es una lucha de tratarlos mal o de... ¿en verdad? Pero estar constantemente pendiente de ellos, porque hay días en que uno pestañea y ellos le hacen así al otro y después el otro ya pasó por el lado y (ríe) son entonces, un desafío bien grande los chicos que tienen este tipo de dificultades.

98. A: Habíamos orientado a hablarlo a los recursos pedagógicos, pero también de alguna forma dificulta el clima de la sala

99. B: De la clase, sí...

100. A: ¿Cuál entonces, son las estrategias que utilizas tú? Que has implementado con estos casos...

101. B: ¿En cuanto a verlo como disciplina solamente? ¿O cómo parte pedagógica?

102. A: Vamos a ver primero la parte pedagógica, y después la parte disciplinar

103. B: La disciplina es la que te conté recién. Detectar a los niños inquietos, de pronto sentarlo más adelante, había uno de ellos que les gustaba sentarse adelante por sí sólo, que era bastante bueno porque...

104. A: Le gustaba sentarse delante del profesor

105. B: Y tenía esa cosa, estaba como consciente de que él no tenía que ser tan inquieto, que tenía que tratar de... pero yo siempre he dicho, es algo que es superior a ellos, porque ellos no lo pueden controlar, a lo mejor ellos si quieren pero no pueden... es algo que a ellos les ordena como moverse mucho. En ese sentido en lo disciplinario es lo que se podría hacer. En la parte pedagógica se podría hacer algunas adaptaciones curriculares para ellos, darles algo más tiempo en algunas evaluaciones o trabajo que había que hacer; de pronto hacer una evaluación oral, aprovechar los talleres, yo hago, hice un taller de matemáticas. Aprovechar esos talleres como para hacerlo más personalizado, porque además los grupos igual son más chicos y, ocupar las instancias como que se puede ayudarlos de forma más personalizada, mas individual.

106. A: Ya, son como los dos focos de intervención que se hacen acá.

107. B: Claro

108. A: Lo que hace tú como profesora

109. B: Claro.

110. A: Ahora, con estas sospechas cuál sería el lineamiento de estos casos que no están diagnosticados, pero usted está sospechando eh ¿cuáles son los procedimientos que va a hacer con estos casos?

111. B: En este momento yo no podría hacer, aparte de insistir, no, no es la palabra. Porque yo entrego el curso. Entonces al entregarlo yo le tengo que dar el informe, mis sospechas, mis dudas y todo lo que ya está documentado a la profesora que toma el curso. Y también mi último recordatorio, que fue ahora en la mañana y que hablamos con V, que como ella es el nexo entre nosotros y la Corporación, que es la que está atenta a

que eso se logre y llama por teléfono y que pide; básicamente eso, porque no sé, no creo que esté mal escrito, pero mi tarea como que terminó aquí, porque ya no van a ser míos.

112. A: Y ¿qué te lleva a esa sospecha?, digamos, de que puedan tener SDA
113. B: ¿Por qué yo creo que es SDA? Bueno, hay cosas que te las da la experiencia y hay conductas en ése aspecto que se van repitiendo
114. A: ¿Cuáles serían éstas conductas?
115. B: Lo que te mencioné hace un rato, el no estar totalmente atento, el que parece que pasó una mosca y se fueron, pero la mosca nunca pasó, el hecho de que en algún momento le tiene que dar alguna indicación o alguna instrucción más de dos veces, entonces son todos puntitos que a ti te hacen ver de que ahí hay algo. Porque ya, yo puedo decir que es SDA, pero a lo mejor puede que sea eso con algo más o que sea otra cosa totalmente distinta.
116. A: El tema del Connors ¿acá no lo han trabajado? El informe, la escala como abreviada de Connors.
117. B: Eh, no, no, esa no la trabajé con estos niños
118. A: O algún otro instrumento que tenga como profesora para hacer algún tipo de screening, para ver cuáles serían las sospechas de niños que tengan el diagnóstico
119. B: Mm no, porque si uno pide el test específico, en este caso, en el que hay que llenar... no, no, porque ese es específico para un niño, el otro sería para todo el grupo ¿sí?
120. A: Ya entonces, es tu observación la que juega y de ahí, tu comunicación con la psicopedagoga...
121. B: Faltó agregar, que V, como ella los ve y ella toma las partes de comprensión y velocidad lectora y ella está también dentro de la sala, ella también conoce mucho el grupo... Ya me tengo que ir porque...
122. A: Ya
123. B: Ya, yo le digo parece que esto está pasando así, ella me dice: de todas maneras o lo vamos a ver. Entonces, ella me ayuda también de esa manera
124. A: Entonces, ¿cuál era el tema, por qué se habla de la Corporación, de que el psicólogo de la Corporación evalúe y no así del equipo que ustedes tienen acá?
125. B: Porque yo tengo entendido, que se le entrega los informes a la Corporación... porque tengo entendido que son distintos los psicólogos para... son funciones distintas, porque hay psicólogos educacionales
126. A: Ya.
127. B: Me da la idea que por eso lo hace la Corporación, porque nunca me han dicho "llévalo al psicólogo psicosocial de acá". Yo tampoco lo hice porque yo pensé que ese era el único camino

128. A: Ya entonces, mediante esto, a la Corporación. Bueno, quería agradecerte... ¿hay algo que quieras agregar respecto a este tema, que no haya abordado digamos?
129. B: Mm no, yo creo que está como todo dicho, está como todo tocado. A lo mejor si dejamos algo, que es muy probable que haya pasado. Pero la verdad es que en este momento siento que está como bien, como claro. Espero que te haya quedado claro lo que yo te comenté
130. A: Es decir básicamente, como profesora, a partir de tu experticia verdad, es ya conociendo, haber detectado antes conductas y que efectivamente hayan recibido el diagnóstico. Ahora, es la primera persona que observa esta dificultad en los niños y la hace ver y posterior a eso vienen como todas las intervenciones. Por otra parte, retarda también un poco también un proceso bastante endentecido, entre la sospecha, digamos, y el diagnóstico. Y por otra parte, otro nudo problemático que se podría rescatar de la entrevista, estos diagnósticos que realmente no se ven con una intervención, fuera de la medicamentosa, no aparece otro tipo de intervención o apoyo externo, que podrían como complementar, para hacer trabajos en conjunto o retroalimentar...
131. B: Que pudiera hacer más allá de lo que hago, porque me faltan algunas cosas que hacer que no se me ocurren o que se...
132. A: A ti te llegan con diagnóstico y, en el fondo, es eso. Y eso, es lo que ha grandes rasgos de la entrevista. Te quería agradecer y quería ver considerando...
- 133. [Fin de Entrevista]**

ANEXO 13

ETAPA 3

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

PROFESORA SÉPTIMO, ESCUELA 2

1. A: Para comenzar, ¿cómo se inicia el proceso de diagnóstico, o de sospecha de SDA, acá en el establecimiento?
2. P: Acá generalmente manejamos como dos conductos. Uno es que cuando el niño llega diagnosticado de alguna manera, están los padres en conocimiento y todo; entonces cuando llegan acá matriculados, se acercan, te dan un par de indicaciones a nivel bien general, y nunca traen un papel médico, nunca. Por ejemplo, nosotros sabemos que están medicados porque nosotros después tenemos que empezar a ayudarlos con esa medicación, y empiezan a regular el control cotidiano del medicamento, de las pastillas que le den para poder abordar su SDA. Y el otro es cuando empieza el brote acá dentro de la sala; entonces que uno empieza a identificar que el muchacho, aparte de ser un poco inquieto, eh, le cuesta mantener la atención en un punto fijo, y empieza a generar algún tipo de conflictos conductuales también que se dan a partir del SDA, junto con quizá alguna dificultad en el aprendizaje que generalmente va como de la mano, por su poca concentración, debido a eso, nada más resalta este tipo de síndrome. Pero la formalidad en sí no existe, o sea, la probabilidad de que aquí se produzca un brote de SDA y que nosotros no podamos tratar, es súper largo el proceso... nosotros identificamos al niño y tratamos, primero acudimos a la tarde cierto, y le manifestamos la necesidad de que el niño sea diagnosticado, de que hay algo que no está funcionando bien, ya sea SDA u otra situación que nosotros no tenemos en nuestras manos. Entonces, también como profesor generalista, tú te encargas de reconocer si hay alguna dificultad para el aprendizaje o hay algún tipo de tema social de por medio; y tratar de amparar ciertos niños y derivarlos a la institución que corresponde. Ese trámite en sí también es bien negligente, y es súper lento...
3. A: A qué te refieres con negligente...
4. P: Porque no hay una respuesta de la institución que se hace cargo hacia la escuela
5. A: No hay esa retroalimentación
6. P: No. Por ejemplo, si el niño es atendido sistemáticamente durante un tratamiento, no sé, de año y medio, dos años, nosotros no tenemos mayor antecedente. La institución se encarga de informarle al apoderado; pero el apoderado no lo transmite a nosotros. Uno, porque no maneja el lenguaje, o no está bien enterado; o simplemente no lo quiere comunicar, porque ve que eso ocasiona problemas, porque el niño puede tener problemas en la escuela, lo pueden echar, o pueden discriminarlo...

7. A: ¿Cuáles problemas suelen decir, los que tú percibes que pueden los apoderados temer hacia el recinto?
8. P: Es que yo creo que en general acá es que, una los discriminemos; otra, pueda aumentar su problema conductual, no mejorar su situación en sí. Como que llega el tratamiento y como que lo ocultan: esa es la mayoría de los casos. Y lo otro, hay gente que sí dice que su hijo tiene SDA, y en realidad tiene otro tipo de patología, como más psiquiátrica; un brote esquizofrénico... y ahí lo vamos encubriendo por todos lados. La solución para nosotros sería tener un contacto más directo generalmente con el Hospital 1 y 2. Porque, claro, ahí tendrías la información directa. Ahora, dentro de los límites de la privacidad no tengo idea cuál sería el límite; toda la información que nosotros manejamos es fuera de la formalidad y por medio del tercero que es el apoderado, pero que en verdad puede...
9. A: En esta participación, tú directamente con el apoderado. ¿No hay otra instancia digamos de...?
10. P: Absolutamente ninguna. A menos que el alumno esté derivado a algún tipo de programa externo, que nosotros nos podamos comunicar: el PIB, el PIE o alguna otra institución dependiente del SENAME o de otra colectividad, que nos puedan brindar de manera directa y que ellos se acerquen a la escuela. Así, a informarse, saber cómo está el niño y ahí nosotros retroalimentamos la información y vemos más o menos en qué va paralelamente a la escuela el niño. Generalmente aquí nosotros necesitamos realizar un trabajo mancomunado más que solitario. No nos conviene, por cierto, llevar los caballos solos, porque no son solamente una de las necesidades que tienen, sino que son múltiples. Y esas necesidades múltiples son las que nos derivan a diferentes instituciones, y el camino que tomamos...
11. A: Y en el caso de séptimo, ¿cuál es más menos, cuántos niños tienen diagnosticados con SDA?
12. P: Ehm, muy pocos, muy pocos. Lo que pasa en el segundo ciclo es una realidad demasiado triste a nivel como local. Lo que sucede es que todos los niños son atendidos hasta cuarto básico en sus diferentes problemas; ya sean de aprendizaje, si tiene algún problema de SDA y todo eso. Por qué, porque concentran las fuerzas de primero a cuarto: de hecho el equipo diferencial está como de primero a cuarto concentrado, y la demanda es mucha. Cuando el niño pasa a quinto, eso va dejándose de lado. Entonces por ejemplo si un niño va diagnosticado en el momento preciso, en la edad del primer ciclo; en el segundo ciclo ya es terreno de nadie. Entonces por ejemplo yo te podría decir que tuve *un* diagnosticado efectivamente, pero absolutamente uno de 41 de tenía en un comienzo; y yo te aseguro que por lo menos he tenido unos cuatro más. Pero ellos tampoco fueron diagnosticados en su debido momento; entonces eso trae como consecuencia que nunca van a ser tratados en un tratamiento más estable; generalmente se le da la prioridad a niños menores, entre seis y hasta diez años.

13. A: Es decir, me refiero que acá en el colegio no tendrían la instancia para niños de segundo ciclo, donde poner esa sospecha.
14. P: Es que nosotros hacemos el mismo procedimiento con todos los niños, y con todas las dificultades que tienen; sociales, vulnerabilidad de derechos, etc. Todos tratamos de comunicarnos con el apoderado: tratamos de que se diagnostique, en la mayoría de los casos no podemos diagnosticar nosotros, por una cosa también de demanda. Y tenemos que derivar a otras instituciones, y ahí es donde el proceso se desarma y se vuelve más eterno. Y dentro de estas prioridades los niños de segundo ciclo también son más apartados, más dejados al final de la lista porque le dan prioridad a los menores primero. Entonces, en la mayoría de los casos no se lleva a cabo un diagnóstico, y esa es una de los tantos factores; otros simplemente por constancia, porque el apoderado no es constante. Entonces no es como “ya, voy a sacar la hora, voy a dar una vuelta, tengo que ir de nuevo”... esa constancia no la tienen, entonces a fin de cuentas nunca terminan el proceso. Nunca lo terminan...
15. A: Y cuando hablas de “nosotros” estás hablando de *ustedes* como profesores o directivos...
16. P: O sea, lo hablo como planta de profesores. Nosotros somos los primeros que tenemos que detectar alguna anomalía en el niño y dejarla en evidencia; ya sea por medio de una cita con el apoderado, y viendo cómo podemos resolver en sí el conflicto. Pero nosotros somos, porque somos el primer resorte que tenemos, si nosotros estamos acá en la sala con ellos.
17. A: Y ¿Cuáles son los comportamientos o los criterios digamos que, cuando te hacen sospechar del SDA?
18. P: O sea, es que en realidad pasa por un criterio bien general. El SDA, yo tenía un niño diagnosticado este año y él estaba con medicamento. Pero yo creo que era mucho más que un SDA, yo creo que tenía un brote de algo psiquiátrico ya, más importante. Bueno, son demasiado inquietos; una mirada súper difusa también; es súper extraño eso, pero, por ejemplo tú al mantener una conversación con alguien siempre mantienes la mirada a los ojos, relativamente -siempre te puedes distraer, pero súper pequeño- ellos no; una cantidad de energía tremenda, tremenda, inagotable. Y tiene muchos temas de conversación, son súper variados, pero no los detiene nadie. Por ejemplo, ese alumno que nosotros teníamos -porque ya no está dentro de la escuela cierto, lo van a cambiar-
19. A: Y ¿por qué el cambio?
20. P: Porque no cumplió con muchos compromisos. Y es un proceso que nosotros abordamos con él mucho tiempo, mucho mucho tiempo; y porque también hay cosas detrás que nunca supimos, ¿ya? Él por ejemplo es atendido hace tres años en el Hospital 2. Entonces de SDA en verdad le está quedando bien poco. Hay otro trasfondo ahí, y nosotros por ejemplo,

uno empieza a averiguar, y la mamá tenía una patología psiquiátrica, entonces las posibilidades de que haya sido hereditario es tremendo... entonces no te enfrentai con la transparencia de la información po. No podí tratarlo solamente como un niño que tiene SDA siendo que no es lo único que tiene, ¿me entendí? Entonces, no sé po, hace tres años les dábamos anfetaminas en la sala, porque ese era su medicamento, que lo daban desde el Hospital 2... pero después uno va haciendo las conexiones, entonces, anfetamina, o sea... y empezai a relacionar todo y nunca te encontraí con la veracidad de la información; a mi nunca me trajeron el papel de psiquiatría del Hospital 2.

21. A: Y ustedes tenían que darle el medicamento...
22. P: Claro. Porque era dentro del horario de la escuela, entonces era sumamente [complicado] que el apoderado se acercara como a dos horas diferentes -porque era uno a las 10 y otro a la 13.30, no me acuerdo del nombre del medicamento ahora- entonces para que se acercara al medicamento a ambas horas interrumpe su jornada laboral; entonces nosotros asumimos con mayor responsabilidad el hecho de tenerlas nosotros, y de que nos dijera cuánto era y tener el cuidado de hacerlo bien y hacerlo como lo requiere el tratamiento. O sea, de una manera regular, y apuntándose los horarios. Pero es demasiado informal, y en sí él no respetaba tampoco su tratamiento; un tipo súper rápido, engañaba a todo el mundo cuando quería tomarse la pastilla; entonces no había una conciencia en sí de su enfermedad ni de su síndrome, de cierta manera, ni para qué servía. No había una mayor profundidad en eso...
23. A: Y... en relación a algunas estrategias o algunos apoyos que ustedes tienen como docentes para en el fondo también aportar a este tratamiento del niño, ¿hay algo que puedan hacer ustedes fuera de la medicación del niño?
24. P: O sea, claro, nosotros tenemos una responsabilidad dentro del aula, y la hacemos notar. Yo a él me imaginé mil y unas cosas. De hecho estaba aquí hasta las 7.30 de la tarde en la escuela, estaba todo el día en el colegio, porque estaba la Jornada escolar Regular, que es desde las 8 hasta las 3 de la tarde; después estaba en un taller que hacía yo hasta las 4.30, y desde ahí a las 7.30 lo metimos en talleres abajo, en el programa de 4 a 7. Y así esa necesidad, porque hay una persona que lo cuida en la casa, lo mandan impecable y termina como si fuera día viernes en la tarde, todo sucio; y lo derivamos a los talleres para que hubiese ese desgaste de energía que él necesitaba. Juega basquetball, hace todas las actividades que te puedas imaginar; lo metimos a la banda que le gustaba mucho, nunca tuvo la disciplina para hacerlo, porque nunca fue posible que se quedara tranquilo para hacerlo y tuviera esa rigidez que se necesita de repente para la banda... pero igual lo invitamos a participar, si en verdad era lo que le gustaba. Yo lo llevaba los sábados a scout y participaba conmigo; no, muchas medidas, muchas. En términos académicos también regularizar el asunto, de manera pedagógica, hasta revisando los cuadernos, dejando en evidencia, yo llamaba al papá y hablábamos por lo menos una vez a la semana, “no hizo esto, no hizo esto...” y más que nada también apoyarlo un poco -no tenía ningún pelo de

tonto- era súper rápido pero era inconstante; entonces tú le pedí algo y al otro día no venía con las cosas. Entonces yo tenía que llamar al papá y decirle, y ahí F llegaba con todas las cosas. Pero porque sino no había regularidad; entonces todo el mundo llegaba y le decía a F por los materiales... porque hay un cansancio también po, un alumno aquí muchos años en la escuela, la gente combatió con todo para que superara o fuera más llevable su situación; junto con eso había una situación conductual que empeoraba toda la situación. No era que se paraba, ni que interrumpía, sino que hacía desorden, salía de la sala cuando no tenía que salir; lograr concentrarse costaba un mundo; pero bajo esa situación igual éramos flexibles... pero él trataba de controlarse, lo trataba, lo que pasa es que no lo lograba finalmente. Entonces la observación era, yo siempre le decía al apoderado; "tú llevas como tres años en tratamiento, ¿has notado avances?"... Y me decía que si, que no, que quizá...

25. A: Y él también como apoderado no tenía otro apoyo que el medicamento
26. P: No. Ellos asistían con el F a las jornadas; pero no participaban dentro de la escuela. Ellos lo venían a dejar, lo veían, salía y se lo llevaban. Y ahí les daban las indicaciones, que sí que no esto, una vez al día...
27. A: Con *jornada* te refieres al control
28. P: Claro, al control que tenían allá arriba, al Hospital 2, o también acá abajo en el Hospital 1...
29. A: Entonces como que el tratamiento era solamente medicamentoso, digamos
30. P: En eso me lo traducían a mí. Ahora, si hay un trabajo más profundo arriba no tengo la menor idea, porque a mi no me llevo nunca nada.
31. A: En lo que se traducía en el fondo es si se estaba tomando los medicamentos, o no
32. P: Claro. Y lo que sí una vez me mandaron un informe desde el Hospital 1-bueno, no era un informe en realidad- el psicólogo que la atendía en el Hospital 1 me explicaba que yo era una imagen súper presente en el F, hablaba de mí todo el rato que iba para allá. Entonces él me quería pedir como un favor, si yo lo podía ayudar para que el niño tuviera proyecciones educativas, porque el F podía estar otro y otro y otro año en séptimo y no proyectarse ni en vida, ni en planes ni nada a futuro. Yapo, y yo empecé a trabajar eso con él; es la única cosa que tuve más directa con el Hospital 1, porque era un referente yo para él, y yo ningún problema. Y traté de hacerlo, obviamente, hasta el final, hasta que estuvo hasta hace un rato atrás... pero también me encontré que es muy difícil avanzar, demasiado, porque no trabajé en paralelo con la familia; porque las formas de ver en sí las proyecciones de tu hijo o todo son diferentes para ellos po... por ejemplo, el papá es vendedor ambulante, él está todo el día en Uruguay... pero no puede estar todo el día en Uruguay, porque ahí pasan muchas cosas. La mayoría de mis alumnos trabaja por ahí, y los apoderados también, Y pasan muchas cosas, y él tiene contacto con todo eso, con eso... y

tiene amigos de 20 años, estropeados totalmente, su cara demacrada; entonces todas esas cosas yo le decía, “no, si queremos darle una proyección, tiene que empezar a ver y conocer otras cosas” y finalmente costó mucho lograrlo, llegar a un término de eso... Yo tronzaba con él todos los días. De hecho llegamos al acuerdo que yo todos los días tenía que dejarlo en Uruguay, donde trabajaba el papá. Y yo me iba de acá del colegio, me venía a buscar a las 5.30, y íbamos caminando a Uruguay y yo lo iba a dejar, y ese era como un trato. Todos los días miércoles, y así lo hacíamos; con el compromiso de que él lograra concentrarse, preocuparse de sus cosas, que no anduviera haciendo tonteras, siempre era muy travieso haciendo de todo. Ingenuo igual, con una ingenuidad súper extraña; como que sabía todo pero desconocía muchas cosas entonces igual como que era muy ingenuo. Pero eso po, uno hace dentro de... aparte de que hacía falta de imagen materna, entonces se acercó a mi mucho, y entonces por ahí empezamos a tratar qué podíamos hacer po. Igual el curso era súper conflictivo, yo tenía 41 alumnos, entonces él aquí estaba en su salsa. A él le encanta la gente entonces ojalá pudiera hablar con todos, pegarle a todos, hablar de todo con todos, y lo tenía sentado ahí, en el primer puesto, porque lo supervisaba todo el rato de acá po, no lo dejaba moverse ni pararse... pero era súper mayor a todo, el contexto era súper adverso. De hecho lo que yo le recomendaba al papá era que si lo iba a cambiar de colegio, que lo cambiara a un colegio con menos alumnos. O sea, yo terminé el año con 33 alumnos...

33. A: Por qué esa baja...

34. P: Yo tenía muchos alumnos con 16 años, se fueron a un 2x1, otros desertaron, como unos cinco,... otra era una niñita del hogar; a otro simplemente lo retiraron, y después de dos días llegaron acá los RATI a buscar a la mamá. Y de ahí empezar a entender esta movilidad de niños. Nunca tenía adultos ni apoderados presentes: hacía reuniones y llegaban 18 personas, y tenía 41 alumnos... no llegaban más. Y con hartas dificultades, este curso era súper diverso, nosotros teníamos la mayor matrícula de todo el colegio, y yo tengo alumnos sobre 15 años en 7º básico, con doce años tenía 10 alumnos... tenía como 15 repitentes de 7º, y el resto eran repitentes de otros años, no de 7º. La mayoría eran varones, y con ene problemas de aprendizaje. De hecho la mayoría de los que tenía e la sala, que yo creo que debe tener algo más severo... porque, tiene 16 años, ha repetido muchas veces, repetiría eternamente; yo creo que tiene como una deficiencia mental leve. Y en realidad más que nada nosotros, sobretudo en la básica se da que nosotros amparamos a los niños y los tratamos de proteger en ese sentido, sobretudo cuando tienen ese tipo de dificultades. Pero nosotros tenemos que preparar el camino para la media, entonces nosotros tenemos una situación familiar que tenemos que tantear y preparar el terreno; porque cuando la mamá quiera que la niña entre a tal lado, le van a decir “sí, le entiendo lo que usted quiere pero las condiciones son *estas*” por eso ahora la van a diagnosticar en el verano, yo creo que va a salir con una deficiencia mental leve.

35. A: ¿Quiénes la diagnostican ahí?

36. P: Distintas instituciones. Ella no está en un PIB, ahora el diagnóstico lo tiene que hacer la Corporación. Tienen que hacer una psicometría, y él está de acuerdo a dar la autorización para la psicometría, y eso es bueno porque si el apoderado no da la autorización, no puede ser diagnosticado po.
37. A: O sea, los procesos son muy largos, desde que conversas con el apoderado para que él tenga el consentimiento; pero después los mismos momentos de atención del niño; es decir, ya...
38. P: Es que, en el caso de ella me atrevería a decir que no hay nada existente que se le ofrezca. O sea, están los laborales, como la educación media, le enseñan un oficio, blabla; pero que finalmente tampoco son lo mejor, o sea, le encontramos con un sistema en que siempre los desamparan finalmente. Tener dificultades de aprendizaje y pasar algún tipo de, alguna patología mayor, que casi dificulte relacionarse con los demás, yo creo que es lo peor que te puede pasar en este país. Porque no hay tableo po: no son atendidos. Yo le decía al apoderado "yo la voy a tener acá, yo la voy a evaluar más que diferencialmente, mucho más allá", y todos hacen el mismo esfuerzo, todos los profesores, pero finalmente no se valora el objetivo. Porque ella avanza pero avanza muy poco: tiene otras necesidades y yo no la puedo atender acá.
39. A: En el caso de F ¿también hubo evaluaciones diferenciales en común?
40. P: No, porque el F no necesitaba una evaluación diferencial. No necesitaba una evaluación diferencial porque, iba a ser el mejor promedio en matemáticas en mi curso; no tenía problemas de aprendizaje, lo que pasa es que no era regular, ni sistemático, te brindaba sus cinco minutos de atención y aprendía. Entonces, un tipo de evaluación diferenciaba como ella necesitaba, no, porque el F aprendía todo, todo lo que tú... si lo pillabas con disposición a trabajar, el tipo aprendía todo. No era un problema de aprendizaje, de discapacidad, no era vinculado con eso... si, lo suyo iba más relacionado con el tema conductual. Con eso iba más relacionado, y que eso mermaba todo su rendimiento académico, pero no era porque le costara ni porque el tipo leyera mal. Él se leía hasta los libros para la casa, aunque fuera obligado, pero ahí se entiende que no hay un problema de discapacidad, que no es un problema de aprendizaje; cuando él te puede decir, y te puede decir totalmente todo lo que aprendió, ahí no hay problemas de aprendizaje...
41. A: Me hablabas de que la coordinación con otros organismos era bien deficitaria. Entonces ustedes trabajan como docentes, detectan o sospechan y de ahí derivan a otras instituciones; pero que en el caso no es como muy formal. Y sobre el tratamiento ¿qué tipo de apoyo se le da comúnmente al niño?
42. P: Eh, o sea, nada de lo que te nombré, nosotros no manejamos nada. O sea, como apoyo, nosotros también estamos como súper poco informados de una manera real casi biológica de lo que a ellos los lleva al síndrome, para poder realmente abordarlo por todos lados. Ahora en esta realidad es casi imposible que se de. Porque nosotros tenemos dentro de un

orden prioritario, lamentablemente tenemos necesidades aún mayores a esa; entonces, por ejemplo nosotros lo primero que tenemos que hacer es que los muchachos no sean vulnerados. Entonces de ahí partimos hacia abajo; y ese de ahí, te puedo decir que el SDA estaría en el orden número 20, porque incluso tenemos unas capacidades de intervenciones tremendas. Pero esas intervenciones también van vinculadas a la exposición que tenga un niño, y si corre algún riesgo en relación a su vida cotidiana. En realidad se nos presenta súper frecuentemente a nosotros: tenemos que denunciar, y acudir a muchas instituciones. Tenemos muchos niños abusados, abandonados, violados, trabajo infantil, explotación, comercio sexual; entonces son muchas cosas las que la lista de prioridades, quizá es feo decirlo, pero en verdad está lo otro primero, porque lo otro son cosas así de vida o muerte; o sea, es muy improbable dar. O sea, por ejemplo, yo aquí a principio de año tuve un intento de suicidio aquí en la sala, y lo tuve que frenar yo con los chiquillos. Entonces, de ese tipo de prioridades te estoy hablando...

43. A: Cuando han sido diagnosticados y tratados los niños con SDA, ¿Qué evolución han seguido los niños?
44. P: O sea, yo llevo muy poco tiempo acá, dos años trabajando. Y lo más cercano que he tenido ha sido F; como otro caso que yo haya ... pero que yo haya visto directamente no...
45. A: Pero tú a F lo conociste con medicamentos
46. P: Sí, de hecho yo lo conocí a él cuando, hace tres años, atrás, aunque siempre ha estado medicado
47. A: Qué evolución has notado...
48. P: Yo creo que hay una evolución, porque se arrancaba mucho menos de la sala, tenía una inmadurez tremenda pero autocontrol. Pero así como una evolución marcada, no te podría decir de manera clara y precisa...
49. A: Y la experiencia escolar de él; ¿cómo la describirías?
50. P: Bueno, pasa de curso pero a veces, por dificultad, por todo este desorden que hacía el mismo, entonces lo mismo que pasa con rojo, o con nota general 5,0 pero no son 5,2. De hecho el año pasado repitió; repitió 7º y llegó a mi curso, el 7º nuevamente. Y el año pasaba todo el día fuera de la sala.
51. A: ¿Porque los profesores lo echaban o porque él...?
52. P: Porque él no quería estar. Entonces simplemente no tenía como atajarlo así, entonces él quería estar en el patio, jugar... este año fue promovido a 8º básico con un sólo promedio rojo, pero le fue relativamente bien. Ahora también depende del carácter, por ejemplo yo, como profesor jefe; yo tengo un carácter súper fuerte, entonces él ante mis llamadas de atención él atendía, finalmente, pero te diré que ya muy poco quedaba de buena manera.

O sea yo lo retaba y lo retaba bien fuerte, y trataba de explicarle por qué tenía que hacerlo. Y él ante eso como que trataba de controlarse un poco; pero yo me iba de aquí y él era un lío, un desorden total él, completo. Porque me iba yo, entonces era como que tuviera que estar todo el día conmigo; y no podía atenderlo así po, tenía que estar acá.

53. A: ¿Y qué rol en eso tú crees que jugarían los profesores, en el seguimiento del niño cuando ha sido diagnosticado?

54. P: En realidad nuestros comentarios y los avances de los niños en sí son de una manera informal, y lo manejamos así en la planta docente. Generalmente se pasa cuando el niño cambia de jefatura, o la cambia uno; si uno deja un octavo y toma un quinto, generalmente la profesora que estuvo con ellos en cuarto básico te dice “sabí qué?” y empieza uno por uno, alumno por alumno y apoderado por apoderado. Entonces uno se hace un panorama, pero nunca se ha sistematizado esa información. Yo creo que tampoco es necesario hacerlo, porque para eso uno tiene las fichas, para eso están las otras instituciones, porque para eso nos volcaríamos a otro trabajo; o sea, está limitado nuestra función, nosotros venimos por una función pedagógica, venimos a enseñar y nos encontramos con una diversidad que no te la puedo ni graficar. Pero bajo eso nosotros trabajamos: para nosotros sistematizar nuestras observaciones sería casi una pérdida de tiempo, por la exigencia administrativa, es un trámite sumamente innecesario. Estamos tan copados que atendemos a la contingencia, y de hecho en el [equipo] psicosocial, abajo, ellos trabajan con alrededor de 300 niños... nosotros tenemos, teníamos una matrícula de 560, y de ellos 300 estaban vinculados con el equipo psicosocial, por diferentes intervenciones... y los otros 250 estaban esperando completamente ser intervenidos. Nosotros tenemos un índice de vulnerabilidad de un 84%, o sea, que 8,4 niños de 10 tienen dificultades sociales y educativas, económicas, de abuso de derechos, etc. Entonces bajo esa situación nosotros poder sistematizar los avances y los logros de los muchachos, no. Nosotros sí lo compartimos oralmente, y bajo eso están nuestras medidas pedagógicas que tú podí tomar al comienzo del año escolar, a la mitad y al finalizar. Y de hecho acá por ejemplo las repitencias son súper compartidas, hay un consenso dentro de ellas; no es ni siquiera en algunas veces es por temas académicos. “No, sabí qué, el debería repetir, por el tema académico” pero no lo vamos a hacer; lo vamos a promover. Por ejemplo la niña que te contaba, porque ella podría tener 50 años y estar en séptimo. Podría estar en primero básico y sacar notas rojas igual; entonces ¿a ella cómo la atendís? No tení cómo atenderla...

55. A: Y ¿qué se espera la escuela respecto del tratamiento de niños con SDA? ¿qué es lo que esperarían uds.?

56. P: Yo creo que el primer paso sería mejorar las comunicaciones con las instituciones que se hacen cargo del SDA. Eso es como lo básico. Segundo, teniendo en cuenta que los niños pasan acá más de ocho horas de repente, capacitarnos a nosotros completamente; o sea, entregarnos herramientas para abordar este tema de una manera diferente; si no no va a

ser así. O sea, si yo no hubiera querido atenderlos a ellos de una manera específica, yo hubiera estudiado diferencial. Pero yo no estudié diferencial, yo soy una profesora generalista. Entonces bajo esas condiciones yo trabajo: yo no puedo hacer más que identificar ciertas problemáticas y derivar. Pero yo no tengo la solución para esos síndromes, no puedo. Yo soy profesora generalista. Claro, uno hace mucho más allá, pero de una manera sumamente informal.

57. A: Claro, y necesitarías apoyo para todas esas cosas también. Y me parece que no están esas instancias de apoyo para estas propuestas...

58. P: Y algo sí que facilite como nuestra labor, o sea, y tomar en cuenta que el SDA no es lo único que nosotros tratamos acá o sea, las exigencias tienen que acomodarse a las condiciones, así de simple. Y el que lo necesite de otra manera, va a tener que ser atendido de otra manera, y en otro lugar. Porque por ejemplo nosotros no podemos dar una asistencia más particular porque para nosotros es improbable poder hacerlo; muy improbable, no tenemos las herramientas. Nosotros no encargamos de recibir a todo el alumnado que llega acá, no discriminamos a ninguno, todos tienen la oportunidad. El que continúa es porque ya entendió un poquito más la escuela y todo el asunto... pero nosotros aquí en una situación de riesgo todo el día. Entonces bajo esas condiciones, sí hay una facilidad para atender, que sea bajo esas condiciones; sino no sirve, no sirve que nos vengan a decir "oiga, aquí está la maravilla, esta es la solución". Pero esa maravilla no la puedo aplicar...

59. A: ¿Tu encontrarías que es suficiente con las acciones que se realizan en la escuela? ¿Es necesario incorporar otras? ¿Cuáles?

60. P: No, nosotros en realidad, a nosotros nos hacen falta cosas, pero a nivel de personal yo creo que estamos súper bien. O sea contamos con dos profesores diferenciales, tres en realidad, dos psicólogos y un asistente social que realizan un trabajo súper mancomunado; nosotros acá no hacemos clínica en la escuela, es imposible. Nosotros hacemos intervenciones y trabajamos en base a eso. Y bajo ese mismo contexto, el personal está en súper bien distribuido. Lo que pasa es que la demanda es mucho mayor. Ahora, qué es lo que sí nos beneficiaría, es que el trámite, el hacerlo, fuese de una manera más óptima, real, o sea, las instituciones que interactúan con los muchachos fuera de la escuela, que realizaran de mejor manera su trabajo. O sea, hay un niño en un PIB y el PIB está preocupado del niño, de este muchacho y todo. Pero ellos vienen una vez al año a la escuela, dos veces al año, y no nos sirve; porque nosotros no sabemos del trabajo que realizan ellos paralelamente, o dónde enfatizar las debilidades para superarlas con los muchachos. Nosotros aquí hacemos todo bajo nuestro criterio, absolutamente todo. Entonces las decisiones que se toman a partir de eso nosotros también las tomamos desde los antecedentes que nosotros tenemos; que quizá en algunos casos, en algunos casos manejamos mayor información que ellos mismos. Y conocemos mucho más a los niños, y tenemos en cuenta muchas realidades más, pero eso, yo creo que a cada cual con lo suyo.

O sea, si funcionara esto como la maquina que debería ser, cachai, en este engranaje que estoy yo, yo me dedicaría a lo que me dedicaría, más allá de lo extra que uno hace y que a uno le gusta la pedagogía y le gusta lo que uno hace; pero hay muchas cosas que nos dificultan. Entonces, si en verdad las instituciones se hicieran cargo de lo que tiene que hacerse cargo, no habría problema. Si en verdad tuvieran algo para hacerse cargo de los muchachos. Si tuviéramos un liceo de continuidad de verdad, un laboral efectivo, no habría problema. Pero lo hay, entonces no podemos llevar a cabo la pega así. Entonces a nosotros nos exigen en cantidad, y yo lo comprendo porque somos sumamente importantes dentro del pilaje de la sociedad y se entiende; pero bajo unas condiciones muy paupérrimas, en el sentido material, en el sentido intelectual, y social y cultural, todo. Entonces, bajo eso los muchachos son atendidos, bajo esas mismas carencias que la institución no puede combatir. La institución y la familia se encuentra con los mismos, y el ciclo no termina nunca. Ahora, si cada uno trabajara con las condiciones adecuadas quizá podríamos sacar un poco más adelante y provecho de esto, pero de otros modo yo no puedo verlo. Es muy complicado que exista algo de verdad. Podríamos tener diez psicólogos y yo creo que tendríamos la dificultad que tenemos ahora, las mismas demandas, las mismas todo... quizá mejoraría, claro, las esperas serían más cortas, qué se yo, pero eso en términos menores. En términos profundos yo no sé si habría un cambio real. Entonces, eso...

61. A: Bueno... para terminar, ¿hay algo que te gustaría decir y que no se abordó en esta entrevista?
62. P: Más que nada me gustaría saber si la invitación fue, la que me estabas hablando en un comienzo, ¿fue la entrevista solamente? O van a hacer algo en la Católica aparte, algún diplomado, algún taller, alguna cosa...
63. A: Es parte de la entrevista, y existe el compromiso luego de hacer una devolución de la información...
64. P: Sí, sería bueno de tener. Porque eso también es lo que ocurre: generalmente no devuelven la información a la escuela, nosotros somos los conejillos de indias de todos. O sea, te contaré que esta no es la primera entrevista que tengo en el año, he tenido un montón. Entonces...
65. A: Sí, la idea es que sí, poder darles una devolución de todo, a partir de la investigación general.
66. P: Yo creo que lo que falta principalmente es información pero más ya, lo que *se necesita saber* en términos de tratamiento, de manera más directa. Porque a nosotros nos dicen a-b-c-d pero nada en realidad es... lo que sí, la información verídica real, nunca ha llegado. O sea, se habla de todo aquí menos de este tipo de cosas, lo cual no contribuye al perfeccionamiento para nada.