



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE**

**CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL ZONA**

**ATLÁNTICA**

**DEPARTAMENTO DE PSICOPEDAGOGIA**

Carrera: Lic. en Psicopedagogía

Alumna: Quezada, Paula Yamila

Directora: Porto, María del Carmen

Co-directora: Sánchez, Daniela

Trabajo de tesis:

***“El posicionamiento que adoptan los profesionales que integran los Equipos técnicos de apoyo pedagógico (ETAP), entre ellos los psicopedagogos, en los procesos diagnósticos de niños/as sospechados o rotulados con la sigla TDA/H y que efectos producen en la escolarización de los mismos”***

Viedma, 2018

## Agradecimientos

A mis padres por acompañarme, guiarme, sostenerme en todos mis procesos de aprendizajes, cuidando a mi hija en esos momentos interminables de estudio y cansancio. Por creer, confiar y apostar siempre en mí.

A mis amigos de la vida, que estuvieron en cada uno de los momentos importantes, Juliana Castro, Sebastián Avilés, Micaela Lupiano y Mara Avilés, quienes desde el desconocimiento siempre ofrecieron su oído y compañía en cada instancia de aprendizaje personal.

A mis amigas, Soledad Fernández, Roxana Verdie, Anastasia Demaria, Brenda Caamiña y Yanina Acuña, con las cuales compartí mañanas, tardes, noches de mates, estudios y charlas interminables, donde se jugaba la misma pasión y amor incondicional por esta profesión.

A Martín Muro, quien ofreció mucho más que su compañía y amor desde los inicios en el recorrido de mi elección.

A mi directora de tesis, María del Carmen Porto, quien ha sido un modelo a seguir durante todos mis años de carrera universitaria; y quien pese a su jubilación acepto la dirección del diseño y construcción de esta tesis de grado.

La transmisión de sus conocimientos, paciencia, sostén y compañía permanente en todo el proceso han hecho de esta investigación una instancia de aprendizaje sumamente significativa.

**Índice**

1.- Dedicatoria.....	3
2. Agradecimientos.....	4
3.-Índice.....	5
4.-Resumen.....	7
5.-Introducción.....	9
6.- <b>Capítulo N° 1: Aspectos teóricos y metodológicos</b> .....	16
6.1.- Planteamiento del Problema de Investigación.....	17
6.2.- Estado de la cuestión.....	18
6.3.- Objetivos.....	23
6.4.- Algunas cuestiones Teóricas de la Investigación.....	24
6.5.- Consideraciones Metodológicas.....	30
6.6.- Decisiones para ingresar a la recolección de datos.....	30
7.- <b>Capítulo N° 2: El llamado “Trastorno Déficit de Atención con o sin Hiperactividad”</b> .....	39
7.1.- Surgimiento del llamado Déficit de Atención con o sin Hiperactividad.....	41
7.2.- ¿De qué se trata el TDA/H?.....	44
7.3.- ¿Cómo se diagnostica el TDA/H?.....	52

<b>8.- Capítulo N° 3: Posicionamiento de los profesionales de los Equipos Técnicos de Apoyo Pedagógico- en particular el psicopedagogo- frente a las practicas diagnósticas del TDA/H.....</b>	<b>57</b>
8.1.-Prácticas diagnósticas de los ETAP.....	61
8.2.- Sobre el diagnóstico del TDA/H.....	66
8.3.- Posiciones en juego.....	67
<b>9.- Capítulo N° 4: Recorridos escolares de niños/as sospechados y/o rotulados con la sigla TDA/H.....</b>	<b>71</b>
9.1 Acerca de las trayectorias escolares.....	72
9.2 Efectos en la escolarización.....	84
10.- Conclusiones.....	90
11.- Sugerencias.....	93
12.- Referencias.....	96
13.- Anexos.....	101
13.1.- <b>Anexo N°1: Exposición y posterior publicación.....</b>	<b>102</b>
13.2.- <b>Anexo N°2: Protocolos diagnósticos de los niños/as sospechados y rotulados con la sigla TDA/H, que participaron de los acuerdos operativos.....</b>	<b>111</b>
13.3.- <b>Anexo N°3: Formato de Entrevistas y Entrevistas.....</b>	<b>120</b>
13.4.- <b>Anexo N°4: Leyes y Resoluciones educativas.....</b>	<b>145</b>

A su vez, se seleccionó como fuentes de información primaria los integrantes de los TAP y directivos de escuelas primarias. Y como fuentes secundaria el análisis documental de: los protocolos diagnósticos de la cátedra *Clinica Psicopedagógica I (Diagnóstico)*, leyes y resoluciones educativas.

## Introducción

“Tenemos comida instantánea, guerras instantáneas, información instantánea, sociedades instantáneas, niños instantáneos y buscamos diagnósticos instantáneos junto con soluciones instantáneas.” (Janin, B., 2010, p. 137)

El contexto socio-histórico cultural actual se caracteriza, entre otra multiplicidad de problemas, retomando a Beatriz Janin por lo “instantáneo”, donde se prioriza el catalogar, nominar, encasillar cualquier conducta, comportamiento y manifestación de los individuos que no se adapte a los parámetros de lo esperado.

Y si bien, las manifestaciones de los niños/as en el escenario escolar como “inquietos”, “desatentos”, “distraídos”, “desafiantes”, causo malestar y preocupación desde la institucionalización obligatoria de la escuela - ley N°1420- en la Argentina. Pasando las disciplinas como la medicina y la psicología a intentar dar respuestas, mediante la colocación de nombres a aquello que desestructuraba, molestaba, incomodaban y no se adapta a los parámetros de la “normalidad”. Es en la sociedad actual donde se pasa a definir los tiempos subjetivos de los niños/as para enfermar, transitar un duelo, una depresión o una angustia en enfermedades. Así, la autora Janin, B (2013) indica que “cualquier desborde tiene una etiqueta en la grilla clasificatoria que la patologiza” (p.6).

Esto es a partir del auge y los aportes de las neurociencias las cuales pasaron catalogar prácticamente cualquier alteración del comportamiento y la conducta de un sujeto a través

de un argumento bioquímico o electrofisiológico. Quedando los niños/as y adolescentes atrapados, siendo blancos fáciles y objetos de mercado de dicha disciplina, la cual penetró el campo de la educación y la salud para ofrecer a cambio sus resoluciones rápidas, efectivas, en base a psicotrópicos, psicofármacos, psicoterapias breves y reeducativas.

Janin, B. (2010) afirma que en la actualidad hay “una pasión por diagnosticar, por catalogar, por definir cuadros suponiendo que de ese modo se avanza en la resolución del problema” (p.19). Y agrega que, es la “escuela el lugar privilegiado donde se revelan las patologías infantiles” (p. 10).

Así, partiendo de este panorama, se realizó un recorrido bibliográfico sobre el diagnóstico del TDA/H<sup>3</sup>, donde advertimos una multiplicidad de formas de entender, abordar el diagnóstico y su tratamiento; así como también de investigaciones a nivel nacional e internacional que indagan sobre el origen o las causas de lo que consideran como un ‘trastorno’ o un ‘síntoma de época’.

Así, están aquellos que desde el modelo médico hegemónico, y respaldándose en los manuales diagnósticos como el DSM y el CIE-10 sustentan sus prácticas en abordajes que reducen la problemática a la identificación de síntomas, signos clasificables, seleccionables y encausados dentro de una patología, para desde allí plantear posibles

---

<sup>3</sup> Para la tesis de grado correspondiente a la Licenciatura en Psicopedagogía, hemos decidido utilizar la sigla TDA/H para hacer alusión a lo que se denomina como *Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Sin embargo, la problemática aparecerá en ocasiones, desde la bibliografía consultada y los dichos de los profesionales entrevistados mencionada como “ADD”. En este estudio no nos pareció oportuno utilizar esta última descripción ya que la misma corresponde a la traducción de las siglas en inglés, exportada de Norteamérica, y preferimos por tanto, utilizar las siglas que responden a nuestro idioma.

soluciones que en general, recaen en el consumo de psicofármacos, con un gran beneficio para los laboratorios.

Por tanto, ante esta urgencia clasificatoria, son muchos los adultos (docentes, psicólogos, psicopedagogos, pediatras, trabajadores sociales...) que tienden a valerse de las herramientas que les propone la epidemiología neoliberal, entre ellas exponer a los niños/as y adolescentes a la medicalización y/o a complejos dispositivos de control, de disciplinamiento de conducta y comportamiento. En palabras de Fernando Osorio (2006), detrás del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (que aporta la caracterización del citado trastorno) "hay un vademécum psicofarmacológico que responde con medicación frente a cada trastorno. Un negocio multimillonario para los laboratorios de especialidades medicinales" (pp. 18).

Ante esta situación, son muchos los profesionales abocados a la salud y educación que levantan sus voces para (d) enunciar la presente y creciente "*Patologización y Medicalización de nuestra niñez y adolescencias*" y más puntualmente, del llamado "Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad".

Por ejemplo, en nuestro país un grupo de reconocidos profesionales del área de la salud elaboraron un documento dirigido al Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación que fue suscripto por más de mil profesionales de Argentina, Brasil, Uruguay, México, España, Italia, Suiza y Colombia, en él (d)enuncian que "el acuerdo" de la comunidad científica acerca de que lo que se denomina A.D.D./A.D.H.D. refleja situaciones complejas ligadas a diferentes patologías, que "suele no ser tomado en cuenta".

En consecuencia, "se agrupan con ese nombre múltiples expresiones del sufrimiento infantil que merecen ser consideradas en su singularidad y tratadas teniendo en cuenta su

multideterminación” (2006, p. 44). Mientras la práctica da cuenta de que el medicamento solo tapa/ acalla el síntoma perdiéndose la oportunidad de que un niño/a y su familia exploren las causas de su sufrimiento para poder aliviarlo. Y que muchas de las estrategias a nivel escolar que intentan resolver estos problemas tales como: reducción horaria, retiro del niño de los momentos comunitarios, fiestas, formación para saludar a la bandera, etc. en la mayoría de los casos solo trae consigo ‘la exclusión’.

Así, en nuestro país, junto a las investigaciones hay numerosos aportes teórico-prácticos que analizan las *prácticas diagnósticas actuales* en la niñez y adolescencias y una de ellas es la que atañe al TDA/H, coincidiendo en señalar el riesgo subjetivo que los mismos conllevan.

De esta manera, si bien podemos decir que el recorrido bibliográfico es amplio y extenso; en lo que refiere a nuestro campo psicopedagógico se advierte solo dos (2) investigaciones, dando cuenta de la ausencia de producción científica sobre el posicionamiento de los profesionales a la hora de diagnosticar dicha problemática, y es esto lo que amerita la necesidad de continuar estudiando, indagando, investigación y reflexionando sobre nuestro quehacer cotidiano en la clínica con niños/as y adolescentes.

Por lo tanto, esta investigación pretendió conocer el posicionamiento que adoptan los profesionales que integran los Equipos Técnicos de Apoyo Pedagógico<sup>4</sup>, al momento de

---

<sup>4</sup>Equipos, que aparecerán a partir de ahora con la abreviatura y la sigla ETAP. Los mismos fueron seleccionados y detectados a partir de los protocolos de las prácticas diagnósticas llevadas adelante por alumnos/as avanzados de la Carrera de Psicopedagogía [cátedra Clínica Psicopedagógica I (Diagnóstico)] en el marco de los acuerdos operativos firmados entre las Supervisiones de Nivel Primario y el Departamento de Psicopedagogía en el marco del Convenio entre el Consejo Provincial de Educación (C.P.E) de la Provincia de Río Negro y el Centro Universitario Regional Zona Atlántica (C.U.R.Z.A) de la Universidad Nacional del Comahue, con el propósito de llevar adelante un trabajo conjunto de atención psicopedagógica de la población escolar. Los cuales en este sentido, nos permitieron ubicar la población estudiantil diagnosticada o sospechada con las siglas TDA/H.

diagnosticar las problemáticas que presentan en su escolarización los niños/as sospechados o rotulado con la sigla TDA/H. y los efectos en su escolarización.

Para ello, se recurrió a la búsqueda de material bibliográfico que permitió dar cuenta de los distintos modos de entender y abordar los procesos diagnósticos del TDA/H, a luego visualizar que posición eligen/adoptan/toman los profesionales y en especial psicopedagogos que integran los ETAP y desde ahí poder indagar sobre la situación escolar de los niños/as que atravesaron por dichas prácticas y sus efectos.

Para ello se consideraron centrales las categorías conceptuales de: posicionamiento, ETAP, TDA/H, prácticas diagnósticas y efectos en la escolarización.

Siendo el área de localización la ciudad de Viedma provincia de Río Negro, donde seleccionó las zonas, I, II y IV del turno mañana y tarde del ETAP de nivel primario, ser las zonas que han derivado niños/as sospechados, diagnosticados y tratados por la TDA/H, los cuales aparecieron en los acuerdos operativos trabajados.

A su vez, se utilizó como técnicas de recolección de datos, la entrevista en profundidad y análisis documental, tomando como fuentes de información primaria los profesionales que integran los ETAP y los directivos de las escuelas<sup>5</sup>. Mientras que, como fuentes secundarias se utilizaron los protocolos diagnósticos de la cátedra *Clinica Psicopedagógica I (Diagnostico)*, legajos de los niños/as sospechados o rotulados con la TDA/H, leyes, resoluciones y normativas educacionales.

---

<sup>5</sup> Para citar permanentemente el relato de los profesionales entrevistados respecto de sus prácticas, abordajes e intervenciones, se decidió resguardar su identidad colocándole un número a cada entrevista. Y en el caso del relato de niños/as escolarizados que fueron diagnosticados y tratados se utilizó la letra X. Así, dichas viñetas aparecerán recuadradas y en formato cursiva, con el fin de diferenciarlos del resto de la escritura.

Respecto de la metodología de la investigación, se optó por un enfoque de tipo cualitativo, ya que el mismo propició la descripción y el conocimiento en profundidad de los decires y haceres de aquellos sujetos partícipes del estudio.

En este sentido, alguna de las preguntas que guiaron y orientaron el estudio fueron: Entre las demanda escolares en las que participaste apareció alguna situación vinculada con el tema del TDA/H?, ¿hay alguna posición tomada con respecto a esta problemática desde el ETAP o en consenso con las escuelas?, en la derivación se habla de problemas de aprendizajes con expresiones tales como: “se dispersa”, “se distrae”, “vuela”, “no se concentra” ¿en qué padecimiento se está pensando? ¿Sobrevuela algo del TDA/H en estos comentarios? Y, ¿hay alguna razón o acuerdo para insistir en estas descripciones y dejar de nombrarlo como en la década del 90’ con la sigla TDA/H o hablar de hiperactividad?

De esta manera, los resultados de la investigación fueron organizados a partir de la disposición de cuatro capítulos y una conclusión, que incluyen:

Capítulo N°1: Donde se presentan los aspectos teóricos y metodológicos que dieron lugar a la realización del estudio de investigación.

Capítulo N°2: Se da a conocer los procesos diagnósticos que se postulan y recomiendan para el diagnóstico del TDA/H y las creencias de los profesionales, puntualmente los psicopedagogos que integran los ETAP.

Capítulo N°3: Se presentan los posicionamientos de las prácticas diagnósticas, abordajes, e intervenciones de los profesionales del ETAP en relación al TDA/H

Capítulo N°4: Se da conocer las trayectorias escolares de los niños/as que atravesaron por prácticas diagnósticas y los efectos que dichas prácticas e intervenciones produjeron

en su escolarización desde los decires de los profesionales del ETAP y los equipos directivos.

Por último, se presenta la conclusión a la que se arribó con el estudio de investigación de tesis de grado, articulando los desarrollos anteriores en relación con el planteamiento del problema que guió el presente estudio.

Ahora bien, sobre el final de la investigación se encuentran los cuatro anexos que fueron necesarios adjuntar a la investigación.

El primero de ellos contiene la exposición y posterior publicación de un escrito titulado: En tiempos de tesis: "la construcción del problema".

El segundo anexo, contiene los protocolos diagnósticos de los niños/as sospechados o rotulados con la sigla TDA/H que participaron de los acuerdos operativos antes mencionados.

Mientras que el tercer anexo, contiene modelos de entrevistas utilizados para los profesionales y psicopedagogos del ETAP, así como también para los directivos escolares junto con las desgravaciones de las entrevistas.

Y por último, el cuarto anexo se presenta las leyes, resoluciones y decretos utilizados.

## **CAPÍTULO N°1**

### **“Aspectos Teóricos y Metodológicos”**

## **Aspectos Teóricos y Metodológicos**

El presente capítulo tiene como propósito presentar los lineamientos teóricos y metodológicos que guiaron el estudio de investigación. Por lo tanto, el material presentado, se encuentra organizado, a partir de los siguientes ejes: planteamiento del problema de investigación, sus objetivos, algunas cuestiones teóricas y por último, las metodológicas.

### **Planteamiento del problema de investigación**

En una sociedad en donde el dolor, el sufrimiento, el conflicto y todo aquello que no se adapta a los parámetros de “lo esperado”, “lo normal” se lo reduce a una cuestión de neurotransmisores y psicofármacos, es que se empieza a denunciar el avance sobre la población infanto-juvenil de prácticas patologizantes/medicalizantes que solo logran silenciar los padecimientos a partir de intervenciones “normalizadoras”, de cortes innatistas y biologicistas. Prácticas que reducen la problemática a la identificación de síntomas y signos clasificables, seleccionables y encausados dentro de una patología y desde allí, se plantean posibles soluciones que en general, recaen en el consumo de psicofármacos, con un gran beneficio para los laboratorios.

Ante esto se levantan otras voces que hacen hincapié en las reacciones adversas que traen este tipo de diagnósticos y su posterior tratamiento para los niños/as y adolescentes señalando que ‘afecta’ su capacidad y constitución subjetiva.

### Estado de la cuestión

Por lo tanto, en lo que concierne al *recorrido bibliográfico* que se realizó en torno al posicionamiento que adoptan los profesionales, entre ellos el psicopedagogo, en sus prácticas diagnósticas en el campo del llamado TDA/H se pudo identificar un número significativo de investigaciones y escritos a nivel internacional como nacional que teorizan sobre el mismo desde distintos abordajes y enfoques.

Entre ellos están los que enfatizan en la etiología, las causas, los factores de riesgo, consecuencias familiares y escolares, clima familiar, por ejemplo:

-“*Factores de riesgo asociados con el déficit de atención en los niños con o sin hiperactividad*” realizada por: Muñoz-Pérez, Juan Carlos Pérez-García, Carlos Arroyo, Miguel Ángel Vichido-Luna, Elena Soto-Vega en México (2014). Este estudio se centra en los *factores de riesgo*, dando como resultado el TDA/H, como: la incompletud en la semana de gestación, la amenaza de aborto, la presencia de eclampsia/preclamsia, el sufrimiento fetal y el nacimiento prematuro, los problemas durante el embarazo o al momento del parto, el bajo peso al nacer, entre otros. Concluyendo que en mayor medida el consumo de tabaco en grandes cantidades y los niños con hipoxia neonatal son aquellos que tendrán mayor preponderancia al TDA/H.

-“*Consecuencias familiares y escolares en los hogares de 12 niños/as diagnosticados con TDAH de la corporación HIDEA*” de Jiménez y Villanueva llevada adelante en Colombia (2009). Indaga las *consecuencias que trae aparejadas el trastorno a nivel familiar y/o escolar*, llegando a la conclusión que se produce una fragmentación en la comunicación dentro de la dinámica familiar y que a su vez, se genera un descontento de los padres sobre la metodología utilizada en los colegios.

-“*Clima familiar en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad*” de Cecilia Montiel-Nava, Isabel Montiel-Barbero y Joaquín A. Peña, llevada adelante en (2005). En la misma, se plantean como resultado que los familiares de niños con trastorno obtuvieron puntajes bajos en la dimensión de la relación (cohesión, expresividad y conflicto), el crecimiento personal (independencia, orientación hacia el logro, orientación hacia las actividades intelectuales y culturales, orientación hacia las actividades creativas, etc.). Además que tener un niño con este problema presupone una presión adicional en la familia.

Por otro lado, a nivel nacional encontramos investigaciones tales como:

-“*Trastornos por déficit de atención y comorbilidad con adicciones en una cohorte de niños, adolescentes y adultos*” de Belsasso, Juárez y Ponton (2007), la cual arrojó como resultado que un 30% de la población adolescente y un 88% de adultos estudiados tuvieron en alguna ocasión de su vida, una historia de *uso o abuso de drogas, teniendo más predominancia el sexo masculino*.

Sobre los procesos de medicalización en la infancia, se encontraron los siguientes tres estudios:

-“*Síndrome de atención deficitaria con hiperactividad y valoración neuropsiquiátrica y respuestas al tratamiento con Metilfenidato*” llevadas adelante en Cuba por De Fernando Perdomo y Demetrio Perdomo (1997-2000). En este estudio se señala un predominio evidente del síndrome en el sexo masculino, ya sea por antecedentes familiares, por factor genético, o por tener antecedentes patológicos personales relacionados con el síndrome. Además, que el *tratamiento con psicoestimulantes (Metilfenidato)* es eficaz y produce escasos efectos colaterales (la respuesta del 81,37%

de los sujetos fue positiva al tratamiento mejorando su atención y disminuyendo la hiperactividad).

-“*De la búsqueda de un nombre al encuentro de una historia: un análisis crítico acerca de los procesos de medicalización en la infancia desde una mirada de la medicina general y la atención primaria en salud*” de Acosta Claudio, Corigliani Guillermo, Huanca Telma, Poch Joaquín (2011) donde se concluye que los distintos sectores involucrados señalan que donde más se demanda la consulta y la medicalización de chicos es en la escuela.

-“*Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina.*” dirigida por Silvia Faraone y su equipo: Alejandra Barcala Flavia Torricelli Eugenia Bianchi María Cecilia Tamburrino (2008), en la cual se concluye que el consumo de psicotrópicos en niños diagnosticados con TDA/H es un modelo de cómo ciertas conductas y/o situaciones que antes no eran medicalizadas hoy son parte de los circuitos de tratamiento médico, beneficiando a los sectores de la industria farmacéutica.

Ya en el campo de los *diagnósticos* se ubicaron cuatro trabajos, uno a *nivel internacional*, y tres a *nivel nacional*, en lo que concierne al primero:

-“*Hiperactividad ¿síntoma o trastorno? ¿De qué o de quién?*” de Gloria Patricia Pelaez J. realizada en Colombia (2009), la cual interroga el diagnóstico de hiperactividad, concluyendo que: la gran parte de los jóvenes no están de acuerdo con el diagnóstico ni con tratamiento que recibieron - prescripción farmacológica sin relacionar con psicoterapia como indica el DSM – incluso el diagnóstico solo le permitiría al sujeto el uso de beneficios secundarios.

Y tres a nivel nacional:

-*“La función atencional en la generación Millenium: interrogando al diagnóstico”*

llevada adelante por De Cristoforo Adriana, Delgado Rossina, Pou Verónica, Valazza Valeria (2011), en este estudio se observa que los niños que presentaron dificultades en la atención (manifiestas o no en el aula) no mostraron en sus producciones características afectivas que permitan considerarlo un grupo diferenciado, por lo cual, concluyen que los niños que presentan dificultades en la atención son una población muy heterogénea y que no existe una entidad específica sino más bien *la desatención parece presentarse como un síntoma.*

-La Tesina: *“Niños con TDHA, cambios en la interacción familiar a partir del diagnóstico”* de Clara Barnathan (2004), la autora concluye que el diagnóstico y tratamiento de TDHA genera cambios pertinentes en la estructura, construcción de la realidad, interacción, evolución familiar y autoestima del niño.

-La investigación *“Aspectos históricos-libidinales en niños y niñas con problemas en sus aprendizajes que manifiestan dificultades atencionales”* de Gisela Untoiglich (2009) se indaga que los niños no atienden a lo que los adultos esperan y por qué no pueden dejar de moverse. Concluyendo que hay figuras parentales con serias dificultades para sostener-amparar a sus hijos en los tiempos fundacionales de constitución de subjetividad.

Por último, específicamente, en el campo de la investigación psicopedagógica y en relación al TDA/H se encontraron dos importantes trabajos. El de la psicopedagoga Gabriela Dueñas (2009) *“Aspectos socio-afectivos y cognitivos presentes en las concepciones docentes ligadas a un incremento en la tendencia a derivar alumnos a*

*consulta neurológica por el ADD-H*" que focaliza en la tendencia a derivar de las instituciones educativas privadas aludiendo que esto se debe a que los docentes tienen: escasa y confusa información; baja o nula consideración de los factores socio-ambientales en la emergencia de problemas atencionales con o sin hiperactividad y temor a las reacciones negativas de los padres cuando se le comunica acerca de dificultades de conducta o aprendizaje de sus hijos.

Y por otro lado, la investigación llevada adelante por la psicopedagoga Alicia Fernández "*Situación Persona Prestando Atención (SPPA)*" desde el año 2000 y que funcionó en red en cinco países. En este estudio se indaga acerca de las modalidades atencionales y sus vicisitudes en los contextos actuales, entendiendo que las modalidades atencionales que una persona despliega advienen de una construcción singular intra e intersubjetiva. Y en este contexto socio histórico, que se atraviesa conforma los modos de subjetivación, incide en la determinación del pensar, del sentir, del desear y del atender.

También, coexisten junto a todas estas investigaciones importantes aportes teórico-prácticos que analizan las *prácticas diagnósticas actuales* en la infancia y adolescencia y coinciden en señalar el riesgo subjetivo que las mismos conllevan en el caso del TDA/H. Ejemplo de ellos son los de Clemencia Baraldi (2005); Beatriz Janin (2012), (2010); Liliana González (2000), (2001); Juan Vasen (2007); León Benasayag (2007); Esteban Levin (2005), entre otros.

En síntesis, a partir de estas lecturas se concluyó que la mayoría de las investigaciones que aluden al llamado TDA/H en término de diagnóstico y tratamientos provienen de campos como el médico, sociológico, psicológico y psicoanalítico. Que

muchos de ellos están respaldados por el modelo médico hegemónico y la propagación de manuales diagnósticos como el DMS y/o el CIE10. Y que en el campo psicopedagógico la indagación se orientó hacia la problemática de las derivaciones de las escuelas y sobre la capacidad atencional y las modalidades atencionales actuales.

De esta manera, por todo lo expuesto y tomando como referencia el planteo de Alicia Fernández (2005) cuando afirma que el debate crítico sobre los diagnósticos de TDA/H y las cuestiones que de allí surgen concierne a “los profesionales dedicados a los aprendizajes y sus vicisitudes”, es que se decidió, sin desconocer la complejidad de la temática en cuestión, dilucidar en este estudio: *el posicionamiento que adoptan los profesionales que integran los Equipos técnicos de apoyo pedagógico (ETAP), entre ellos los psicopedagogos, en los procesos diagnósticos de niños/as sospechados o rotulados con la sigla TDA/H y que efectos producen en la escolarización de los mismos.* Viedma (Río Negro) 2016-2017.

## **Objetivos**

Objetivo General:

➤ Conocer el posicionamiento que adoptan los profesionales que integran ETAP, entre ellos los psicopedagogos en los procesos diagnósticos de niños/as sospechados o rotulados con la “sigla” TDA/H. y qué efectos producen en su escolarización.

Objetivo Específico:

-Describir la problemática denominada como TDA/H y qué procesos diagnósticos se indican para su abordaje.

-Analizar la posición que adoptan frente a estas prácticas diagnósticas los profesionales que integran los ETAP, entre ellos los psicopedagogos.

-Detectar cómo transitan su escolarización algunos de los niños/as que atravesaron por estas prácticas.

-Establecer los efectos que producen la posición adoptada por los profesionales que integran los ETAP, entre ellos los psicopedagogos, en sus prácticas diagnósticas en la escolarización de niños/as que transitaron por ellas.

### **Algunas cuestiones teóricas de la investigación**

Para el abordaje de este objeto de estudio consideramos centrales las categorías conceptuales de: posición profesional, equipos técnicos de apoyo pedagógico (ETAP), TDA/H, prácticas diagnósticas y efectos en la escolarización.

En el ámbito educativo es común que se hable por influencia del psicoanálisis, como dice Hebe Tizio (2003), de la "posición" de los profesionales y se utilice también, el galicismo "posicionamiento". Este último no está registrado por la Real Academia Española pero sí en su diccionario figura *posición*, la cual es definida como una: "actitud o manera de pensar, obrar o conducirse respecto de algo".

Ahora bien, el discurso corriente supone que las personas se ubican frente a las distintas situaciones de manera consciente, por ello, resulta familiar escuchar que se aluda a una posición política, religiosa, ideológica, pero el psicoanálisis nos advierte que la posición tiene también una determinación inconsciente, lo que quiere decir que hay algo de ésta que escapa al sujeto mismo.

Así, cuando un profesional 'habla' esta lo que quiere o intenta comunicar y algo que va más allá, por ejemplo, un lapsus, un olvido y cuando 'escucha' el mensaje que viene del otro lo hace con las orejas que están hechas de conceptos, de prejuicios, de fantasmas (Tizio (2003). Entonces, en su intervención los instrumentos de indagación utilizados, las preguntas realizadas, las líneas de sentido establecidas, parten inevitablemente de "*un posicionamiento* que remite a un modo de pensar al niño, sus padres, la escuela, el aprendizaje". (Cardinal, P y Pérez, M. 2011, pp. 2) Así, el acto de 'diagnosticar' tiene consecuencias y el profesional es el responsable, pone en juego su posición ética.

También cabe tener en cuenta que, como dice Sandra Nicastro (2005), existe una posición institucional que define como ese "espacio material y simbólico que en cada uno de los actores es portadora de una mirada particular de los fenómenos, de significados propios de la cultura institucional y de contenidos de la cultura profesional" (pp. 98).

Así, entendemos que la *posición profesional* alude a 'la dimensión del acto' que se desprende de una posición subjetiva e institucional. En otras palabras, y como ya fue expresado en este trabajo, ella da cuenta de las elecciones teóricas, metodológicas y ética con las que los profesionales - que integran los ETAP y particularmente, el psicopedagogo- ponen en juego en su saber-hacer frente a las problemáticas por la que son consultados y en el caso que nos ocupa, frente a las prácticas diagnósticas del TDA-H.

En cuanto a los equipos, éstos nos remiten a la 'asistencia técnica' a la cual definimos como los discursos y prácticas que colaboran, prestando apoyo técnico profesional específico en el desarrollo de las funciones de las instituciones escolares. Estas acciones están a cargo de profesionales y agentes de formaciones disciplinares distintas

(psicólogos, psicopedagogos, licenciados en ciencias de la educación, asistentes sociales y otros) (Korinfeld, 2003). En nuestro país, a nivel institucional, conforman y conformaron distintos dispositivos que llevan distintos nombres: departamentos de orientación escolar, equipos de salud escolar, profesores orientadores y consejeros, gabinete escolar, entre otros.

Particularmente, en el sistema educativo rionegrino, esta asistencia está organizada en torno a los Equipos Técnicos de Apoyo Pedagógico (ETAP), creados en el año 1996 por Res. 200 y reestructurados en el año 2004 por la Res. 1452/04 y su modificatoria 1946/04. Lo constituyen cinco perfiles profesionales en los niveles inicial y primario y cuatro en el nivel medio, funcionan fuera de la escuela y tienen una doble dependencia: *orgánica* de las Supervisiones Zonales en donde tienen su sede y *funcional* de la Dirección de Asistencia Técnica del Ministerio de Educación (DAT) “encargada del asesoramiento específico” (art. 3, Res. 1946/04). En esta reformulación se crea el cargo denominado Área Pedagógica a partir de dos perfiles: Técnico Pedagogo y Técnico Psicopedagogo, incluyéndose el perfil psicopedagógico por entender que el mismo por su formación garantizaría el asesoramiento, acompañamiento e intervenciones de adecuaciones curriculares y en la propuesta pedagógica institucional<sup>6</sup>.

Por último, en los años 2013-14, sufre una nueva reformulación con la creación de la Dirección de Inclusión Educativa, Educación Especial y Asistencia Técnica, al decir de las autoridades del Ministerio de Educación, se trata de una nueva estructura

---

<sup>6</sup> Información obtenida del informe final del trabajo de investigación: “Intervenciones institucionales en el espacio escolar actual y transmisión de la cultura. Técnicos profesionales del sistema educativo rionegrino”. 2010-2012 dirigido por la Mgter. Sandra Bertoldi y co-dirigido por la Mgter. María del Carmen Porto.

administrativa y político-pedagógica (modificación que no es refrenda por ninguna resolución ministerial).

Ella le da continuidad a las misiones y funciones establecidas por Res. N° 3748/04: “asesorar, acompañar y orientar a los adultos, en su calidad de educadores, en la elaboración y enriquecimiento de sus propias estrategias de acción, priorizando la intervención interdisciplinaria, institucional y/o grupal, implementando estrategias de intervención de tipo preventiva y asistencial y propiciando la conformación de redes mediante abordajes interinstitucionales”. Pero ahora, con el énfasis puesto en “promover la educación inclusiva y el abordaje institucional desde un enfoque socio-psicopedagógico”.

La literatura del campo de la medicina y de la psicología definen al TDA/H como un *trastorno de la infancia* que genera en un niño una dificultad para concentrarse, prestar atención a lo que se suma en algunos casos, movimientos excesivos, sin control o con impaciencia. Que se puede presentar en la escuela y en la casa o solo en una de ellas. O también, como un *trastorno del desarrollo* que afecta significativamente el funcionamiento de una persona en muchos aspectos de la vida cotidiana. Mientras que los manuales DSM- V y CIE 10 afirman que no se trata de un desorden específico sino que depende de las características asociadas al mismo: *falta de atención, impulsividad, e hiperactividad*, las cuales pueden aparecer separadas o combinadas.

También, es definido como *un constructor social* que esconde de fondo la intolerancia de la sociedad frente a conductas que se presentan como desajustadas de una supuesta ‘normalidad’ o, como efecto de la descalificación simbólica del Padre que no produce la necesaria represión (Kupfer, 2005).

Aquí entendemos al TDA/H, como 'ese' malestar que esconde el padecimiento de un niño/a, en un momento particular y singular de ese sujeto junto a su entramado social, familiar, educativo. Que nos lleva a preguntarnos y tener en cuenta, siguiendo a Alicia Fernández (2006), por ejemplo que:

un niño o joven puede estar desatento en la escuela porque se siente en peligro, porque siente al mundo amenazante, porque sufre, de abuso directo o indirecto; porque está deprimido; porque no le interesa lo que le enseñan; porque lo que le enseñan es poco atractivo (p.14) .

En cuanto a las "*prácticas diagnósticas del TDA-H*" es común que se guíen por lo establecido en los principales manuales diagnósticos existentes: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association- APA) y la Clasificación internacional de enfermedades, décima revisión (CIE-10) elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aun cuando varían los códigos utilizados, los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de este trastorno son prácticamente idénticos a los que especifica la CIE-10; pero en la práctica el más utilizado es el DSM (en la actualidad está en vigencia el DSM-V del año 2013 pero en cuanto a los criterios clínicos se conservan los establecidos en el DSM-IV vigente desde mayo del año 1994).

El problema que algunos autores señalan en este diagnóstico del TDA/H es que engloba características muy variadas, en palabras de S. Toporosi (2009) incluyen a niños: con dificultades transitorias, con falta de concentración efecto de una falla profunda en el modo que se constituyó su psiquismo y los que se encuentran bajo los efectos de un traumatismo grave que atrapa toda su atención pero con un buen armamento psíquico.

Y no es sin consecuencia, ya que estos diagnósticos, al decir de María Sol Gonçalves da Cruz (2006), en su urgencia por suprimir 'ese' malestar "borra todo lo

que es más propio para introducirlo en la generalidad y así enmudece lo que podría decirnos sobre esa persona- y en otro plano de análisis- también sobre nosotros mismos, como profesionales y como sociedad” (pp-22). Mientras el psicoanálisis, nos enseña que el trabajo terapéutico es otro, en la medida en que éste, “nos brinda una teoría sobre la estructuración psíquica que es ineludible para trabajar con los niños” (Janín, 2010, p.98) y que no sentencia, rotula ni encapsula una problemática en un cuadro nosológico.

Entonces, permite ‘revisar y evitar prácticas clínicas’ que de la mano de la patologización y medicalización irrumpen, muchas veces, “en el discurso escolar como solución posible para terminar con la desatención, la hiperactividad, la dificultad para aceptar límites que manifiestan hoy no pocos alumnos” (Dueñas, G y Kligman, C., 2009, p.107) empobreciendo, la mayoría de la veces, los recorridos o trayectorias escolares ofrecidos a quienes presentan dichas problemáticas. Trayectorias escolares que las políticas de inclusión - a nivel nacional y provincial- definen como diseño de recorridos individuales que permitan una inclusión educativa, garantizando el derecho a la educación de todos los niños/as. Y que Flavia Terigi (2007) clasifica en dos tipos: las ‘teóricas’, que son aquellas que el sistema propone de manera lineal, homogénea, estándar y cronológica. Y las ‘reales’ que implican recorridos diversos, heterogéneos, variables y contingentes que realiza un estudiante a lo largo de todos sus años de escolarización.

En este trabajo entendemos por *efecto en la escolarización*, particularmente, a las condiciones de posibilidad o no que tiene un alumno diagnosticado como TDA/H o sospechado de padecerlo, para aprender e integrarse al ámbito escolar a lo largo de

sus años de *escolarización*. En otras palabras, en esa trayectoria escolar 'real' de la que habla Terigi, las oportunidades de alojamiento como alumno con las que contó y/o las dificultades, detenimientos, estigmatizaciones con las que se fue encontrando.

### **Consideraciones Metodológicas**

Teniendo como referencia los supuestos teóricos elegidos para sustentar el problema de estudio, optamos por una investigación de tipo cualitativa, ya que la misma nos permitió la descripción y el conocimiento en profundidad de aquello que nos planteamos investigar. A través de la misma, se pudo captar la significación que los sujetos - psicopedagogos, técnicos y directivos - otorgan a sus prácticas diagnósticas e identificar en esos decires la posición que adoptan - los integrantes de los ETAP, y más puntualmente, los psicopedagogos-, en los procesos diagnósticos de niños/as sospechados o rotulado con la "sigla" TDA/H, como así también, los posibles efectos que los mismos producen en sus escolarizaciones.

### **Decisiones para ingresar a la recolección de datos**

#### *Área de localización:*

El área de localización de la investigación fue la ciudad de Viedma (Río Negro). Para la realización del trabajo de campo se seleccionaron los equipos de las Supervisiones de nivel primario correspondientes a las Zonas I, II y IV.

**Cuadro N° 1: Conformación de los ETAP e Instituciones escolares de su jurisdicción.**

Supervisión	ETAP	Instituciones Escolares
Zona I	Conformado por un profesional psicopedagogo, un asistente/trabajador social y un fonoaudiólogo.	Zona Urbana: N°1, N° 2, N° 339, N° 308, N° 309, N° 263.  San Javier y Guardia Mitre.
Zona II	Compuesto por un profesional pedagogo, un psicólogo y un psicopedagogo.	Zona Urbana: N°2, N° 30, N° 339, N° 336, N°200, N° 125, N° 297 y N° 355.  Zona Rural: N° 249 del Juncal y N° 67 de Monte Bagual.
Zona IV	Compuesto por un profesional psicólogo, un fonoaudiólogo y un asistente/trabajador social.	Zona Urbanas: N° 261, N°319, N°296, N° 340, N°263, N°308, N°309, N°352, N°246 de Viedma

Los criterios considerados para su elección fueron: que participaron de las derivaciones diagnósticas pautadas en los acuerdos operativos en los años lectivos comprendidos entre 2010 -2015. Período que se seleccionó porque los niños/as derivados aún concurrían a nivel primario y esto permitió recabar información sobre sus trayectorias

escolares. Además, por la *accesibilidad* para contactarnos con los equipos y las escuelas de su jurisdicción.

*Unidad de análisis:*

Las practicas diagnósticas de los profesionales que integran el ETAP, entre ellos los psicopedagogos, con niños/as sospechados o rotulados con la sigla "TDA/H".

*Unidades de información:*

Estas fueron: los integrantes de los ETAP (psicopedagogos, psicólogos, trabajadores sociales, fonoaudiólogos) y los directivos de las escuelas que participaron de derivaciones del período 2010- 2015 en el marco de los acuerdos operativos.

Para su selección se opta por una muestra de tipo *no probabilística* donde los sujetos fueron elegidos por ser relevantes y significativos para el estudio.

Asimismo, esta selección se fue dándose de manera progresiva tomando como referencia los protocolos de la cátedra de "Clínica Psicopedagógica I (Diagnóstico)" que nos permitió ubicar los profesionales que participaron de los acuerdos operativos mencionados y más puntualmente, de las derivaciones referidas a la problemática que nos ocupa en este estudio.

*Criterios de selección de las unidades de información:*

*Los profesionales en especial los Psicopedagogos:* que llevaron adelante práctica diagnóstica con niños/as rotulados o sospechados con la sigla "TDA/H" en el nivel primario. El cuadro que sigue presenta a los mismos:

**Cuadro N° 2: *Los profesionales: que llevaron adelante práctica diagnóstica con niños/as rotulados o sospechados con la sigla "TDA/H".***

ETAP	Formación	Formación/ Antigüedad en el cargo.	Escuelas
Zona I Turno: Mañana	Lic. en psicopedagogía. UNCo.	Desde 2005 Hasta la actualidad.	Año 2012: Escuela N°339. T.M Año 2015: Escuela N° 308. T.M
	Lic. en psicopedagogía. UNCo.	Desde 1998 hasta 2001 y desde el 2004 al 2015.	Año 2012: Escuela N°339. T.M Año 2012: Escuela N°339. T.T
Turno: Tarde	Lic. en psicología. Universidad Nacional de la Plata	Desde el 2006 hasta el 2012	Año:2007 Escuela N°309. T.T
Zona II Turno: Mañana	Lic. en psicopedagogía. UNCo.	Desde 2007 hasta 2017	Año 2014: Escuela N° 355. T.T. Año 2012: Escuela N°200. T.T.

	Lic. en psicopedagogía. UNCo. Postítulos: Configuraciones vinculares.	Desde 1997 hasta 2017.	Año 2011: Escuela: N°309, T.M. Año 2015: Escuela N° 355. T.M
	Licenciada en fonoaudiología Universidad Nacional del Salvador.	Desde el 2005 hasta la actualidad	
Turno tarde y Mañana.	Licenciado en Asistencia Social Universidad Nacional de la Plata	2 años en ETAP línea Sur. Y desde el 2012 hasta la actualidad en Viedma.	
Zona IV Turno	Lic. y Profesora en psicopedagogía. CONSUDEC.	Desde 2011 hasta 2013 <sup>7</sup>	Año 2011: Escuela N° 308. T.M Año 2013: Escuela N° 319. T.M

<sup>7</sup> Aunque en el momento de este estudio, ya no trabajaba en el ETAP se la entrevistó igual por considerar relevante su participación en el mismo. periodo 2011-2013.

Zona II y IV Turno Tarde y Mañana	Técnico en Asistente Social. <i>Escuela N° 355</i>	Desde el 2002 hasta la actualidad	En el año 2014: Escuela N° 355 En el año 2013: Escuela N° 355
--	---	---	--

*Los directivos:* de las instituciones que participaron con los profesionales de los ETAP en las derivaciones de niños/as con las características mencionadas.

### Cuadro N°3: Directivos seleccionados como unidad de información. Año 2016

Formación / Cargo	Escuelas Turno	Derivaciones seleccionadas
Antecedentes Laborales: 29 años de antigüedad como docente. 1988- 2007 se desempeñó como docente en General Roca Y desde el 2007 hasta la actualidad en la	N° 355 Turno Tarde y Turno Mañana	-En el año 2012 se llevaron adelante dos (2) pedidos de consulta por niños con características de desatención e hiperactividad combinadas. -En el año 2014 se llevó adelante la derivación de un (1) caso clínico por motivos de desatención. Mientras que en el año 2015 se consultó por un (1) caso clínico más con las mismas características.

escuela N° 355 como docente y Directora.		
Antecedentes Laborales: 26 años de servicio como docente 1900-2001 Docente del Juncal, Vicedirectora, y Secretaria. 2001-2016: Directora de la escuela N° 349.	Jornada extendida. Por la mañana tienen horas educativas, y por la tarde taller	En el año 2011 se llevó adelante una (1) derivación por motivos de desatención e hiperactividad combinada.

Asimismo, en todos los casos se tuvo en cuenta el criterio de accesibilidad tanto a los profesionales del ETAP como a los directivos de las instituciones educativas.

*Técnicas de recolección de datos:*

Para la investigación se utilizaron distintas técnicas de recolección:

*Fuentes primarias:*

Entrevista focalizada: esta técnica resultó apropiada para acceder al universo de significaciones de los informantes frente al tema que se indaga, en otras palabras, fueron el instrumento por excelencia que permitió encuentros personales con los entrevistados quienes se explayaron sobre la problemática y donde algunos, dieron cuenta de sus

prácticas diagnósticas con niños/as sospechados o rotulados con la sigla “TDA/H” y otros como en el caso de los directores, sobre los procesos de aprendizajes de los mismos.

Se llevaron adelante un total de once (11) entrevistas: de las cuales nueve (9) a profesionales que integran los ETAP: (a cinco (5) psicopedagogos, a un (1) psicólogo; a dos (2) asistentes sociales; y a un (1) un fonoaudiólogo. Y dos (2) a directores de escuela.

El instrumento fue una guía de entrevista organizada a partir de grandes ejes para dar lugar a la palabra del sujeto. Además, para poder transcribir las entrevistas y no descuidar los detalles se recurrió al registro magnetofónico (grabador). (Anexo3)

#### *Fuentes secundarias:*

Análisis documental: se analizaron diferentes documentos en relación a la temática, con el objetivo de ingresar al escenario normativo-prescriptivo de la problemática. De esta manera, se trabajó con leyes y resoluciones nacionales y provinciales, que establecen y regulan el funcionamiento de la educación en el territorio, conformación y funcionamiento de los ETAP y la normativa vigente en torno a la inclusión de alumnos con distintas problemáticas.

A su vez, se trabajó con las derivaciones que entraron en el marco del acuerdo de los ETAP y las cátedras de “*Clinica Psicopedagógica I (Diagnóstico)*” comprendidas entre los ciclos lectivos desde el 2010 hasta el 2016 con el fin de acceder, conocer y analizar los informes de derivación de los diagnósticos presentados por los psicopedagogos del ETAP. Y cuatro documentos institucionales: registros escolares y libretas que permitieron identificar el tránsito escolar de los niños diagnosticados como “TDA/H”

Cabe aclarar, que se apeló a la *triangulación* de los datos obtenidos de las diferentes técnicas e instrumentos ya que los mismos, permitieron disminuir errores en el trabajo de

campo y por otro lado, demostrar al final del estudio, que la realidad ha sido *válidamente* representada.

La tarea de codificación y análisis de los datos se dio de manera conjunta con la etapa de recolección de información, en tanto a ellas se las entiende desde una conexión de interdependencia y de reciprocidad mutua.

De esta manera, se trabajó en un primer momento con las fuentes secundarias, para poder definir nuestra unidad de análisis e información (Anexo3), que permitieron la construcción de escritos parciales y la salida a campo, y luego se fue entrelazando con la información primaria, que permitió la elaboración de una nueva configuración de datos. En cuanto a su presentación, esta se condensa en la redacción y presentación de este informe final.

## **CAPÍTULO N° 2**

### **El llamado “Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad”**

## El llamado “Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad”

¿Dónde quedaron los niños y sus vaivenes, como sujetos en permanente devenir? ¿Dónde podemos ubicar sus deseos, sus temores y sus sufrimientos? ¿Por qué suponerlos “patológicos”, en lugar de pensarlos como sujetos con diferentes posibilidades, que están atravesando momentos difícil? ¿Estamos patologizando y medicalizando la infancia? (Janin, B., 2006, p. 86)

Preguntarnos por qué se suponen patológicos los deseos, temores y sufrimientos de los niños en lugar de pensar que estamos ante sujetos con diferentes posibilidades que atraviesan momentos difíciles, cobra gran relevancia en una sociedad como la nuestra que tiende a la clasificación y categorización de su niñez y adolescencias.

El trabajo de Faraone, Silvia<sup>8</sup>, permite dar cuenta de cómo conductas y situaciones que años atrás no eran consideradas una enfermedad, ni mucho menos medicadas, hoy son parte del diagnóstico y tratamiento médico dando lugar a determinados modelos, discursos y prácticas de intervención que se fueron introduciendo en las escuelas; y avaladas por el modelo médico hegemónico se fue instalando el mito de que cualquier alteración de la conducta y/o el comportamiento de los estudiantes correspondería a una patología que había que rápidamente diagnosticar y eliminar.

En este contexto, el “Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad” (según su acepción en inglés: ADD, ADDH o en castellano TDA/H, TDAH), representa

---

<sup>8</sup> Investigadores del instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires

un interesante ejemplo de cómo se fue instalando en la sociedad en general y en las escuelas en particular esta, tendencia a la patologización, medicalización de la niñez y las adolescencias.

En este capítulo, nos detendremos a plantear cuestiones vinculadas a su surgimiento, como es definido por diferentes concepciones teórica-metodológicas y por último, destacar el estatuto que adquirió y adquiere esta problemática para los profesionales del ETAP y directivos de escuelas de Viedma.

### **Surgimiento del llamado Déficit de Atención con o sin Hiperactividad**

La primera referencia sobre la problemática encontrada figura en el libro de Sir Alexander del año 1798, titulado “Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental”. En él este autor designa a la inatención “Mental Restlessness” (Agitación o Inquietud Mental) describiéndola como un estado inquieto, asociado a una incapacidad para atender con constancia.

Luego, en el texto de Fernández-Jaén, A. (2006) figura que a mediados del siglo XIX Heinrich Hoffman describe a un niño con déficit de atención e hiperactividad, que el alemán J. Demoor en 1907 trabajó con niños que necesitaban moverse todo el tiempo, que tienen una clara dificultad atencional; y que un año después George Still describe esta patología señalando que quienes la padecen son: “niños violentos, inquietos y molestos, revoltosos, destructivos, dispersos, pero que no necesariamente presentan déficit intelectual” (p.3), aludiendo a “la repercusión escolar que tiene esta problemática”. Otros datos que aporta Fernández-Jaén, A, es que son Kahn y Cohen en 1934, quienes trabajan sobre el “Síndrome de impulsividad orgánica” y señalan que se trata de “una disfunción

troncoencefálica como origen de la labilidad psíquica de estos niños y otras patologías actuales” (p.4).

Años más tarde, Clements y Peters sustituyen esta categoría por la de “Disfunción cerebral mínima” y la describen como producto de un origen funcional no exclusivamente lesivo que concentraría las características de la hiperactividad, desatención, trastornos de aprendizaje y problemas motores leves.

Ahora bien, si seguimos los planteos de Russell Bakley -citado en Janin, B. (2010)-, podemos organizar la evolución de las ideas dominantes desde el siglo XX hasta la actualidad en cuatro periodos a saber: de 1900 a 1960 los problemas hiperquinéticos son producto de una lesión cerebral; de 1960 a 1969 es la disfunción cerebral mínima la responsable de la hiperkinesia. Recién entre 1970 y 1979 aparece en la bibliografía como déficit de atención. Por último, en la década del 80' se crea primero el síndrome de déficit atencional (ADD) y luego el déficit de atención/ hiperactividad (ADD/H). Y en palabras de Benasayag, L y Dueñas, G. (2009) el diagnóstico comenzó a limitarse a la descripción y clasificación de un conjunto de conductas. Trabajo del cual se ocuparon los manuales, donde la problemática se encuentra nominada y caracterizada como “Trastorno de la actividad y la atención” en la Clasificación internacional de enfermedades décima revisión (CIE-10) elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad” en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III) de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association- APA) y en el DSM-IV como “Desorden por déficit de la atención/hiperactividad”, continúa así en el DSM- V.

De este modo, queda vislumbrado como la problemática desde 1900 hasta la fecha fue recibiendo distintas denominaciones y caracterizaciones, pero su expansión de manera llamativa, abrupta y vertiginosa recién se dio en América del Norte en la década del 80 y unos años más tarde en nuestro país.

Puntualmente, en la Argentina se constituyó en un tema novedoso, en el campo educativo tanto del sector privado como del público, durante la década del 90' y por supuesto, también en las instituciones escolares Viedmense, razón por la cual, un número importante de alumnos de todos los niveles pasaron a ser adjetivados con la sigla "TDA/H".

Sin embargo, al cabo de estos años la problemática parece haber quedado en el pasado, los profesionales entrevistados coinciden en señalar que "antes sí" las escuelas demandaban recurrentemente este tipo de diagnóstico pero "hoy ya no se escucha." Comentan que ahora, aunque describen a los niños con las mismas características 'distraído', 'desatentos', 'no se concentran', y demás ya no se lo nombra con la sigla.

Algunos profesionales sostienen que, en la actualidad, los conceptos de impulsividad- hiperactividad ya no se asocian al TDA/H sino a los 'problemas de conductas' y/o 'situaciones de violencia'. Entonces: *"Hoy es la violencia la que molesta en el aula y se deriva"*<sup>9</sup>

Y sobre sus posibles causas, se alude con cierta insistencia en término de falta de límites, reglas claras, desorganización familiar que luego, es trasladada a la escuela. Se afirma:

---

<sup>9</sup>Entrevista N° 3. Anexo N°3

-“Generalmente devienen del entorno familiar, cuando hay desorganización, cuando hay ausencia de padres, cuando hay signos de violencia (...)”<sup>10</sup>

Por lo tanto, ahora la impulsividad se asocia con situaciones emocionales- familiares y ya no médicas.

### ¿De qué se trata el TDA/H?

La literatura del campo de la medicina y de la psicología definen esta problemática como un *trastorno de la infancia* que genera en un niño una dificultad para concentrarse, prestar atención a lo que se suma en algunos casos, movimientos excesivos, sin control o con impaciencia. Que se puede presentar en la escuela y en la casa o solo en una de ellas y cuyos síntomas, dirá Fernando, M. (2004), “deben estar presentes antes de los 7 años de edad y causar suficiente deterioro e interferencia en las actividades diarias del niño (...) relaciones sociales, trabajo, estudio, etc” (p.192). Asimismo, “empeora ante la demanda de atención sostenida. Puede ser mínimo ante estímulos novedosos, intensos y directos (...) aseveración que se encuentra presente en la mayoría de las descripciones de los padres: juegos de video, TV, lugares nuevos, clases particulares etc” (Martínez, A., 1998, p.118).

Y deriva, al tornarse en un trastorno crónico, en palabras de Eddy, L., Trallero, T., Baro, S., Castro, J, y Cruz Hernández, M. (1999), en problemáticas tales como: retraso del habla, fracaso escolar, problemas de conducta como el negativismo desafiante, trastornos emocionales como ansiedad, depresión, baja autoestima, insomnio, enuresis y encopresis (p.145).

Otros lo ubican también como un trastorno, pero en este caso *del desarrollo*, el psicólogo Russell Barkley<sup>11</sup> indica que predomina la inhibición, adherencia a reglas y/o instrucciones, o la falta de coordinación y conjugación de las funciones ejecutivas del sistema de autogestión del cerebro, según el médico Thomas Brown, interfiriendo significativamente con el funcionamiento en muchos aspectos de la vida cotidiana de la persona.

Un dato significativo a tener en cuenta es que los estudios neurobiológicos realizados en el TDA-H “ponen de manifiesto el origen orgánico del trastorno” (Mulas, F., Mattos, L., De la Osa-Langreo, A. y Gandia, R., 2007, p. 47) aunque hasta la fecha no hayan podido establecer su marcador biológico específico. Y ubican las causas en:

-*Déficit a nivel bioquímico*, afirma Martínez-León, N. (2006) que es producto del retraso o disfunción de mecanismos cerebrales inhibidos que generan por lo tanto activación permanente de ‘los mecanismos excitatorios’ y una reducción en la cantidad de norepinefrina en las regiones posteriores al hemisferio cerebral derecho que darían como resultado un ‘funcionamiento anormal de la atención’.

-*Alteración en el metabolismo, en las aminos cerebrales: dopamina y noradrenalina*. Fernández-Jaén, A. (2006) afirma que los estudios muestran en la primera, mayor concentración de dopamina en el hemisferio cerebral derecho y en la segunda, niveles más bajos de metoxihidroxifenilglicol (MHPG) metabolito central de la noradrenalina.

---

<sup>11</sup> Como el término “trastorno de la atención” le resulta ambiguo propone el nombre de Trastorno de la Inhibición Conductual (Citado en Martínez-León, N., 2006, p. 386). Desde esta perspectiva, crea el programa “Defiant Children”, un programa de entrenamiento para padres dirigido a reducir la desobediencia de los niños. Tiene base conductista, y consta de 8 pasos que tratan de mejorar la conducta del niño, las relaciones sociales y la adaptación general en casa, bajo la creencia de que la mala conducta es consecuencia de prácticas parentales inadecuadas. Los métodos fundamentales usados son: definición de una lista de conductas para su cumplimiento, sistema de premios y castigos (tienen especial importancia el ignorar las conductas inadecuadas y el tiempo fuera) y sistema de fichas. Para padres de adolescentes, se puede complementar con *Your Defiant Tee*

Pero también advierte que estos resultados no logran el acuerdo de la comunidad científica porque “no han sido totalmente concluyentes” en el caso de la dopamina y “no fue contrastada claramente” en el de la noradrenalina.

*-Lesiones neurológicas* pre, perinatales o postnatales, por una anoxia, bajo peso al nacer, lesión selectiva de ganglios basales y/o lóbulos frontales, o por una exposición a toxinas cerebrales como el tabaco, alcohol o cocaína ((Muñoz-Pérez; Pérez-García; Arroyo; Vichido-Luna & Soto-Vega., 2014, p.16-17)

*-Alteración genética y de la síntesis de neurotransmisores* que imposibilitan el autocontrol generando repercusiones en el desarrollo, la capacidad de aprendizaje y el ajuste social.

Mientras que quienes refieren a *trastorno del desarrollo* incluyen aspectos psicosociales tales como: contextos y ambientes caóticos o desorganizados; falta de límites o no son claros o son contradictorios; ausencia de criterios educativos o instituciones superpobladas, se constituyen en “los factores de riesgo para su aparición” (Fernández-Jaén, A., 2006, p.18).

Los manuales DSM- V y CIE 10 destacan también, que no se trata de un desorden específico sino que depende de las características asociadas al mismo: *falta de atención, impulsividad, e hiperactividad*, las cuales pueden aparecer separadas o combinadas. Así, se lo denomina y describe del siguiente modo: con predominancia en *inatento* donde sus características principales serán: dificultades para organizar o terminar una tarea, prestar atención a los detalles o seguir instrucciones secuenciadas, distraerse fácilmente u olvidar detalles de las rutinas diarias. Con predominancia en *Hiperactivo-Impulsivo*, los niños se mostrarán con inquietud motora e impulsividad significativa, impacientes, hablarán

mucho, y no podrán estar quietos durante mucho tiempo. Y el combinado: dificultades en el control de la impulsividad y en el control atencional.

Frente a estas conceptualizaciones, aparecen otras voces que introducen a la problemática la importancia del contexto *socio-histórico cultural* en el cual se encuentra el niño, su familia y la escuela definiéndolo como *un constructo social*. En esta dirección, Eugenia Bianchi (s/a) afirma que es producto de las condiciones de emergencia y circulación del discurso, es decir, contiene elementos que pueden encontrarse en formaciones discursivas históricamente precedentes, como capas arqueológicas que también han tematizado el mismo objeto: el niño anormal.

A lo que se suma el no contar ni con marcadores clínicos ni de laboratorios específicos que permitan identificar al TDA/H claramente, lo cual "añade más confusión a su ubicación nosológica." (Cardo, E. y Servera-Barcelo, M., 2005, p.511). Ya que, al decir de Benasayag, L. y Ferreyra, E., (2007) el "ADDH es una agrupación arbitraria de signos, síntomas o características, que pueden presentarse aislados o conjuntamente y que obedecen a múltiples causas y en consecuencia tienen múltiples posibilidades de tratamiento" (p. 108).

Por su parte, Freud, Joseph Knobel (nieto de Sigmund Freud) rechaza la idea de que se trate de un trastorno neurológico, genético o conductual para afirmar que se trata de 'un invento de esta sociedad de la inmediatez en la que vivimos' la cual nos lleva a la hipermedicalización de niños que son más inquietos, y explica:

(...) en mi opinión, no existe este trastorno. Lo que existen son niños muy ocupados. Y es cierto que hay niños más agitado que antes, pero el primero que se hace hoy en día es diagnosticarlos de forma ilegal, con un "déficit de la vida" en la que son medicados en un intento de modificar su conducta. (2007, p.54)

Asimismo, recupera lo mencionado por quien se dice que descubrió al trastorno, el Psiquiatra León Eisemberg (2012), quien en una entrevista al semanario alemán *Der Spiegel* siete meses antes de morir, señaló que en realidad el trastorno era: «un excelente ejemplo de un trastorno inventado y que la predisposición genética para el TDA/H está completamente sobrevalorada»<sup>12</sup>.

Desde el campo del psicoanálisis, Beatriz Janín (2010) afirma que, muchas veces, la desatención, la hiperactividad y la impulsividad están ligados a dificultades para inhibir los procesos psíquicos primarios. (p. 75). Así, la desatención al igual que la hiperactividad (entendida como exceso de movimiento desorganizado) hay que considerarlos “una señal, un indicio de conflictiva que, muchas veces, no son evidentes sino que deberemos develar” (p. 75).

En la misma dirección, María Cristina Kupfer (2004) explica que cuando la ley paterna no produce la necesaria represión, los niños se presentan hiperactivos<sup>13</sup>. Es el cuerpo que grita contra el disciplinamiento de las manos, de los pies, de la atención, como una reacción no simbolizada de la declinación de la función paterna. Por lo tanto, para la autora la hiperactividad es una protesta inarticulada, solo motora, de un niño que quiere escapar a un disciplinamiento cuyo sentido está lejos de entender. “Y su apaciguamiento solo podría ocurrir, entonces, en el caso de entrar en escena la ley paterna, que viniese a

<sup>12</sup>Fragmentos de la entrevista: En su última entrevista, siete meses antes de su muerte por cáncer de próstata a la edad de 87 años, se distanció de su indiscreción juvenil.

Un hombre alto y delgado, con gafas y tirantes en 2009 abrió la puerta de su apartamento en la Plaza de Harvard para un café. Según dijo nunca había pensado que su idea sería tan popular. “El TDAH es un ejemplo de enfermedad inventada”, dijo Eisenberg. “La predisposición genética para el TDAH está completamente sobrevalorada”.

La psiquiatría infantil debe determinar más detalladamente las razones psicosociales que pueden conducir a problemas de conducta, dijo Eisenberg. ¿Hay peleas con los padres, la madre y el padre viven juntos, hay problemas en la familia? Estas preguntas son muy importantes, pero lleva mucho tiempo responderlas, dijo Eisenberg, quien agregó con un suspiro: “es más rápido prescribir una pildora”.

Recuperada de: <https://educaciontdah.wordpress.com/2013/05/28/aclarando-lo-de-leon-eisenberg/>

<sup>13</sup>La autora explica que la operación de la ley paterna es la única posibilidad para un niño de abandonar su captura en la omnipotencia imaginaria materna y la única vía de salida para un destino que escaparía a la repetición dictada por aquel deseo, es la operación que diseña el deseo propio del sujeto como posibilidad para él.

atribuir un sentido, aunque ilusorio, para el aprender, para el límite, para la castración" (129).

De lo desarrollado, se puede inferir que esta problemática que padece un niño o niña detectada casi en exclusividad en el ámbito escolar, es definida desde diferentes ángulos, como *trastorno* al que se le supone una causa orgánica, como un *constructo social* que esconde de fondo la intolerancia de la sociedad frente a conductas que se presentan como desajustadas de una supuesta 'normalidad' o, como efecto de la descalificación simbólica del Padre que no produce la necesaria represión.

Por su parte, los profesionales definen la problemática como una '*cuestión de época*' o '*moda médica*' que no sólo repercutió en las escuelas, sino también en los consultorios privados, pero que en la actualidad fue desplazado por otras problemáticas. En sus palabras,

*"Todos los alumnos eran ADD, parecía una epidemia (...) respondía a las condiciones de la época".<sup>14</sup>*

*"Son modas que determinan patologías que además, vienen con el gancho del medicamento"<sup>15</sup>*

*"Son cuestiones médicas que van como perdiéndose a través de los años, antes eran todos ADD, después pasaron a ser TGD, ahora son todos TOC, o Espectro Autista y así estamos".<sup>16</sup>*

Por ello, dicen rechazar de modo contundente la idea de *rotular, nombrar y estigmatizar con un nombre* a las problemáticas que soportan y padecen los niños/as en

<sup>14</sup>Entrevista N°1. Anexo N°3

<sup>15</sup>Entrevista N°3. Anexo N°3

<sup>16</sup>Entrevista N°6. Anexo N°3

su escolarización. Porque de lo que se trata es: *“de un nombre que se le está poniendo a todo aquel chico que no entra en las expectativas de la escuela o de los docentes (...)”*<sup>17</sup>

Aunque los equipos dicen que ya no lo nombran por la sigla para “no estigmatizar a los chicos” para *“no sentenciar ni rotular a un niño por su forma de mostrarse en el entorno escolar y/o familiar sin antes escucharlo”*.<sup>18</sup>

Pero a la hora de expresar como ‘entienden’ la problemática, el sujeto que se dice escuchar se pierde detrás de una serie de ítems conductuales que también, se hacen presente en las descripciones que las escuelas realizan de algunos alumnos - aunque se diga que ya no hablan ni derivan niños sospechados de padecer TDA/H-. Por ejemplo, en los protocolos diagnósticos de derivaciones escolares realizadas en el marco de los acuerdos operativos del año 2016, se lee:

*-“Se mueve mucho, no para en todo el tiempo, parece hiperactivo.”*<sup>19</sup>

*-“Habría que ver que le anda pasando, porque vuela todo el tiempo, está en las nubes, se concentra de a ratitos y después ya se pone a hacer cualquier otra cosa.”*<sup>20</sup>

*-“no para, no puede prestar atención o quedarse quieto en ninguna hora, con ningún docente... es algo que lo supera pobre...”*<sup>21</sup>

Situación marcada también por algunos profesionales quienes aseguran que en las escuelas, los docentes o el equipo directivo, cuando sospechan que se trata de este trastorno, siguen consultando, *“te miran e interpelan será hiperactivo”*.<sup>22</sup>

<sup>17</sup> Entrevista N°4. Anexo N°3

<sup>18</sup> Entrevista N°1. Anexo N°3

<sup>19</sup> Anexo N°2

<sup>20</sup> Anexo N°2

<sup>21</sup> Anexo N°2

<sup>22</sup> Entrevista N°2. Anexo N°3

Al respecto los directivos explican que son muchos los niños que están en las aulas 'como distraídos'. Y aclaran que si ellos piden un diagnóstico es porque, *"esta desatención es mucho más fuerte"*<sup>23</sup> o *"No se los puede convocar a ninguna actividad escolar o extraescolar, sus aprendizajes son muy pobre"*.<sup>24</sup>

En consecuencia, directivos y docentes derivan, como señala Dueñas (2013) en su investigación, en la mayoría de los casos son los docentes quienes derivan o hacen 'pre-diagnósticos', *"sugiriéndoles a los padres que los niños necesitan ser medicados para poder adaptarse mejor a las exigencias escolares"* (p.12).

Frente a esta realidad algunos profesionales explican que cuando aparecen estas derivaciones ellos recurren a algunas pruebas y *"si las pruebas arrojan datos que sí lo son y entonces, el trabajo va por ahí."*<sup>25</sup>, señalando que *"hay como un conjunto de ítems que te dice cuando es ADD... es un combo, tener desatención, impulsividad, no responder a las consignas, no realizar actividades"*.<sup>26</sup>

Y sobre este combo, que tal como los profesionales lo describen tiene como características asociadas (descrita en el DSM V) *falta de atención, impulsividad, e hiperactividad*, las cuales pueden aparecer separadas o combinadas, muchos dirán que requiere de un diagnóstico médico porque:

*"Son los médicos los que se formaron en lo que concierne al sistema nervioso central...por donde están ubicadas las lesiones saben cuál es el trastorno y prescriben el tratamiento medicamentoso comprobando su evolución o no"*.<sup>27</sup>

---

<sup>23</sup>Entrevista N°10. Anexo N°3

<sup>24</sup>Entrevista N°11. Anexo N°3

<sup>25</sup>Entrevista N°5 Anexo N°3

<sup>26</sup>Entrevista N°4. Anexo N°3

<sup>27</sup>Entrevista N°2. Anexo N°3

A partir de este desarrollo se puede observar que el TDA/H nombrado o no, sigue vigente en las escuelas viedmenses y que en su gran mayoría, los profesionales le suponen un origen orgánico que necesita de un saber médico el cual permitiría "codificar la masa confusa de acciones, pensamientos, situaciones que evidencia el niño- y que impactan también y principalmente en la familia y en el ámbito escolar, otorgándole el estatuto de enfermedad" (Bianchi, E. s/a, p.7).

### **¿Cómo se diagnostica el TDA/H?**

A partir de los 80' el diagnóstico de esta problemática se ve fuertemente respaldado por los manuales DSM-V y CIE 10 caracterizándose por la observación de las conductas y comportamientos de aquellos niños que presentan un nivel de atención, impulsividad, hiperactividad que 'no son propio para su edad', a partir de la realización de técnicas, test o cuestionarios.

Así, en el caso del déficit en la atención, se buscan 'fallos' al prestar atención profundamente a los detalles, dificultad para sostener la atención en diferentes actividades, distraerse fácilmente con estímulos externos, no seguir las instrucciones que se le dan, dificultades para seguir conversaciones, evitar las conversaciones que requieren esfuerzo mental sostenido, entre otros. Mientras que en la hiperactividad: intranquilidad, levantarse continuamente cuando debería estar sentado, actuar como si "estuviera movido por un motor", ir de un sitio para otro en situaciones en las que debería estar quieto, etc. Y en la impulsividad: no esperar turnos, interrumpir y molestar a otros compañeros, hablar excesivamente, contestar las preguntas antes de ser formuladas, entre otros.

En relación a las estrategias metodológicas utilizadas para el diagnóstico, Cardo, E. y Servera-Barcelo, M. (2005) señalan que predominan dos: una es la psicometría, donde se utilizan escalas, técnicas y test, y otra es la clínica, la cual se caracteriza por administrar entrevistas semiestructuradas y otras valoraciones en relación a datos que aporta del niño. Esta falta de acuerdos es denunciada en términos de "necesidad urgente para los investigadores en este campo de combinar esfuerzos y llegar a consensos en el desarrollo de procedimientos de evaluación uniformes y estandarizados con el fin de emplear metodologías comunes." (Foy, J. y Earls, M. En Cardo, E. y Servera-Barcelo, M., 2005, p. S14).

Ahora bien, mientras por un lado, existe esta intención de seguir investigando para lograr *unificar y generalizar* el modo de diagnosticar esta problemática, por otro lado, están los profesionales que cuestionan fuertemente este propósito, ya que en palabras de Fernández, A. (2000), lo único certero de ellos es que se:

indica el tratamiento medicamentoso (más otros auxiliares) a niños y jóvenes que se diagnostican como "portadores de ADD y ADHD" pero **no** se han detectado alteraciones orgánicas específicas, **no** hay pruebas de diagnóstico clínico específico, **no** hay estudios "epidemiológicos" diferenciales (por país, sexo, edad, etc) que sean confiables; **no** hay un patrón familiar identificado; **no** hay una historia infantil "específica" **no** hay alteraciones intelectuales identificadas y el diagnóstico se descarta si otro diagnóstico "se aplica mejor" al individuo en cuestión (p. 287. El resaltado es mío).

Esto no es sin consecuencia, ya que un diagnóstico médico al entender de muchos autores solo sitúa la problemática en el fenómeno que se observa clasificándolo, dirá Timimi (2013) como *trastorno* debido a las convenciones sociales en cuanto a lo que se considera comportamiento normal y anormal, es decir aquellos que están en la parte alta del espectro de inquietud e inatención son calificados como "problemáticos" y se les da

una etiqueta médica. Con el agravante que al ofrecer una idea descontextualizada y simplista lleva a los adultos a un desacoplamiento de su responsabilidad social para criar niños bien educados.

De este modo, se pierde de vista que el TDA/H *no es un síndrome* “pues carece de elementos constata, único o específico que lo defina” (Benasayag, L., 2007, p, 25), *no es una enfermedad de origen genético* ya que “todavía no hay una definición precisa sobre los posibles genes causantes de esta afección sino estudios que deberemos seguir cuidadosamente para evaluar su evolución y validez final” (p, 27). Mientras que de lo que se trata, en palabras de Alicia Fernández (2005), es de *un síntoma* que esconde la problemática por la que un niño está transitando en un momento particular y singular del sujeto. Por eso, más que cuestionar el aumento de las dificultades atencionales en los niños hay que reflexionar sobre que piensan los niños que no pueden prestar atención en clases y desde ahí se podrá desplegar una multiplicidad de opciones (Untoiglich, G., 2007).

Por ende desde estas concepciones también se cuestionan el uso de los manuales, principalmente del DSM, porque definen los trastornos a partir de bases conductuales que no pueden justificar ni en sus principios teóricos ni en la práctica. Se trata de diagnósticos de tipo descriptivo- prescriptivo que: focaliza en el niño como el único responsable; obturando como un rótulo sin dejar otra salida y posibilidades, además las características que postula no se pueden generalizar, en la mayoría de los casos se complementa con psicofármacos o terapias breves y reeducativas. Ante esto, Timimi, S. (2013), solicita que se abandone su uso bajo argumento de que: el uso de los diagnósticos psiquiátricos aumenta la *estigmatización*, que los manuales son sistemas que imponen las creencias

occidentales sin respetar la diversidad cultural, étnica, credos y subjetividad del niño, entre otros. Y particularmente, en el caso del TDA-H, propone que, como a la fecha no se ha encontrado aún *un marcador biológico específico*, habría que revisar el paradigma dominante y desarrollar otras perspectivas que se adapten mejor a la realidad.

Y aunque algunos aún mantienen la esperanza de encontrarle una causa orgánica, recordemos a Mulas, F. et al., (2007) cuando asevera: “hasta la fecha no existe su marcador biológico específico. *Pero lo habrá...*” (p. 47). La mayoría coinciden en señalar “que no cuenta con bases científicamente fundadas y en consecuencia, mucho menos justificada como diagnóstico para prescripción de sustancias psicotrópicas” (Benasayag, L., 2007, p.13). Este autor junto a Ferreyra, E. (2007) afirma que la patología queda descartada por el hecho de que el niño pueda quedarse horas frente a la TV o a la computadora. Y denuncian que “se termina abusando de la genética y otras ciencias para terminar medicando con estimulantes o antidepresivos” (p.130), es decir, se responde más a diversos intereses sociales y económicos que a la salud del niño, desatendiéndose por tanto, un conjunto de síntomas subjetivos a develar.

En consecuencia, el diagnóstico del TDA/H es adjetivado de las siguientes formas: un *diagnostico comodín*, ya que cualquier niño que presente alguna conflictiva o este inmerso en un contexto conflictivo puede (d) enunciarlo a través de la desatención e hiperactividad. *Una etiqueta*, que tiende a englobar una diversidad de problemáticas que dan como resultado un déficit en la atención y al decir de Janín, B (2010) pierde de vista que la inatención - queja constante y muy común en las escuelas- no necesariamente supone un cuadro patológico. Que dentro del campo escolar tanto la desatención como la hiperactividad son las formas a las que recurren los niños para manifestar el malestar, la

preocupación, la alegría, el sufrimiento (Dueñas, G. 2013), o en palabras de Fernández, A. (2000) porque se siente en peligro, sufre de abuso directo o indirecto, está deprimido, no le interesa lo que le enseñanza o lo que le enseñan es poco atractivo. Un *rotulo tranquilizador*, porque da explicaciones a todas las manifestaciones del niño y fundamentalmente, desresponsabiliza a los padres (Untoiglich, G., 2008, p. 127) ya que, "no hay nada para hacer" porque el actuar y mostrar del niño es a partir de un diagnóstico.

Más allá de las críticas, muy pocos profesionales leen las interrupciones de los niños en el ámbito escolar enlazadas a situaciones de angustia manifiesta en éstos que en un proceso diagnóstico cabría escuchar antes de rotular, porque como ya se dijo, 'el sujeto se pierde detrás de una serie de ítems conductuales'. Y a partir de allí, se corre el riesgo de proponer un tratamiento para un nombre y no para lo que realmente le ocurre al paciente" (Benasayag, I., 2007, p.23).

Ante este estado de situación, la apuesta estaría en transformar 'esa' hiperactividad, 'esa' desatención como lo proponen algunos de los autores mencionados (Tumburu, 2017; Janin, 2010; Fernández, 2006) en una pregunta donde se plantee qué es ser un niño hoy.

## **CAPÍTULO N° 3**

### **“Posición de los profesionales de los Equipos técnicos de Apoyo Pedagógico – en particular el psicopedagogo- frente a las prácticas diagnósticas del TDA/H”**

## **Posición de los profesionales de los Equipos técnicos de Apoyo Pedagógico – en particular el psicopedagogo- frente a las prácticas diagnósticas del TDA/H**

“Nuestro lugar -el del psicopedagogo- dependerá de la concepción que sostengamos respecto de la problemática que nos convoca (...).”  
(Baraldi, C. 1993, p. 15)

En este capítulo se describirá la posición desde donde abordan las prácticas diagnósticas y entre ellas las vinculadas al TDA/H, los integrantes de los Equipos Técnicos de Apoyo Pedagógico y más puntualmente los psicopedagogos. Se lo organizó bajo los siguientes ítems: prácticas diagnósticas de los ETAP; sobre el diagnóstico del TDA/H y posiciones en juego.

Antes de ingresar a las prácticas de los profesionales trataremos brevemente de explicitar los alcances del concepto posición y las características del ‘espacio institucional’ al que pertenecen éstos.

La *posición* que adopta un profesional, como ya se planteó en el marco teórico, es consciente pero también tiene una determinación inconsciente, lo que quiere decir que hay algo de la posición que escapa al sujeto mismo. Así, cuando ‘habla’ está lo que intenta transmitir y algo que va más allá y cuando ‘escucha’ lo hace “con las orejas que están hechas de conceptos, de prejuicios, de fantasmas” (Tizio, H., 2003). Entonces, es la posición de los profesionales del ETAP la que construye el problema que se va a tratar, tornando central la importancia de su ubicación discursiva, de los conceptos que utilizan y de la capacidad de lectura de los imperativos de los discursos dominantes. Por ejemplo, en el caso que nos ocupa sabemos que el discurso dominante puso y pone en circulación

significantes a los fines de instalar un modo de 'tratar' a los desatentos o inquietos, entonces, es responsabilidad de los profesionales 'interrogarlos' y no aplicarlos sin crítica alguna, contribuyendo de este modo a producir marcas segregativas., es la posición de Esto no es sin consecuencia, ya que, los términos con los que los profesionales 'nombran el problema' son ya formas de construirlo, en otras palabras, es con su aparato conceptual que configura el problema del cual se ocupa y el tratamiento a seguir (Tizio, H., 2003), entonces, no es lo mismo escuchar lo que le pasa a un niño, lo que tiene para decir, que identificarlo como TDA/H porque lo dice la escuela o el médico.

De lo dicho anteriormente, se desprende que el profesional no es un mero observador, es un agente cuyo acto tiene consecuencia. Por lo cual, cabe interrogarse acerca de qué hace en el momento en el que hace. En palabras de Tizio, H (2003) "saber sintomatizar su posición", única forma de poder mantener el lugar para atender la particularidad del sujeto y no transformarlo en síntoma del dispositivo, con los consecuentes efectos de cronificación y estigmatización.

En cuanto a los ETAP, como indicamos en el capítulo I, estos fueron creados en 1996 por Res. 200 y reestructurados en el año 2004 por la Res. 1452/04 y su modificatoria 1946/04. Por Res. N° 3748/04 queda establecido que sus misiones y funciones son las de asesorar, acompañar y orientar a los adultos, en su calidad de educadores, en la elaboración y enriquecimiento de sus propias estrategias de acción, priorizando "la intervención interdisciplinaria, institucional y/o grupal", implementando "estrategias de intervención de tipo preventiva y asistencial" y propiciando la conformación de redes mediante abordajes interinstitucionales. Se conforma por cinco perfiles profesionales en los niveles inicial y primario y cuatro en el nivel medio, funcionan fuera de la escuela y

tienen una doble dependencia: *orgánica* de las Supervisiones Zonales en donde tienen su sede y *funcional* de la Dirección de Asistencia Técnica del Ministerio de Educación<sup>28</sup>.

Por último, en el año 2013, sufre una nueva reformulación con la creación de la Dirección de Inclusión Educativa, Educación Especial y Asistencia Técnica, ésta se oficializa en el 2014, tomando como referencia las Res. N° 364/92<sup>29</sup>, Res. N° 3438/11<sup>30</sup> y la Ley Organiza de educación provincial 4819/13<sup>31</sup>. Se trata, al decir de las autoridades del Ministerio de Educación, de una nueva estructura administrativa y político-pedagógica que da 'continuidad' a las misiones y funciones de dos Direcciones anteriores (la de Educación Especial y la de Asistencia Técnica) pero ahora con el énfasis puesto en "promover la educación inclusiva y el abordaje institucional desde un enfoque socio-psicopedagógico". Priorizando la coordinación de prácticas concurrentes y dispositivos comunes en pos del beneficio a los estudiantes y la comunidad educativa en general.

Un detalle que no es menor es que aunque los ETAP conservarían los mismos perfiles profesionales (un técnico psicólogo, un pedagogo, un asistente social, un fonoaudiólogo y un psicopedagogo), en los últimos años, lo común es que estén conformados por tres

<sup>28</sup> Información obtenida del informe final del trabajo de investigación: "Intervenciones institucionales en el espacio escolar actual y transmisión de la cultura. Técnicos profesionales del sistema educativo riopnegrino". 2010-2012 dirigido por la Mgter. Sandra Bertoldi y co-dirigido por la Mgter. María del Carmen Porto.

<sup>29</sup> Documento N°3. Anexo N°4

<sup>30</sup> DEROGA las Resoluciones N° 1331/90; 855/93, 405/95, 106/96, 1081/96; 1845/96; 192/97; 1226/03 y el artículo 4° de la Resolución N° 1713/97.

Aprueba a partir de la presente, los Lineamientos para la Inclusión de los alumno/as con discapacidad en Establecimientos Educativos de Nivel Inicial, Primario y Medio que como Anexo I forman parte de la presente resolución. DEROGA en la Resolución N° 364/92 "Perfil de Prestación de la Educación Especial" lo referente a las Misiones y Funciones del Maestro Integrador.

Establece condiciones de inclusión, trayectorias escolares, promoción y certificación.

Se adjunta el link: <http://www.unterseccionalroca.org.ar/imagenes/documentos/leg/Resolucion%203438-11%20%28Inclusi%C3%B3n%29.pdf>

<sup>31</sup> Se adjunta el link: [https://ifdbariocoche-mg.infid.edu.ar/sitio/upload/Ley\\_4819\\_LEY\\_ORG%C1NICA\\_DE\\_EDUCACI%D3N\\_DE\\_LA\\_PROVINCIA\\_DE\\_R%CDO\\_NEGRO\\_1.pdf](https://ifdbariocoche-mg.infid.edu.ar/sitio/upload/Ley_4819_LEY_ORG%C1NICA_DE_EDUCACI%D3N_DE_LA_PROVINCIA_DE_R%CDO_NEGRO_1.pdf)

técnicos (psicólogo, asistente social y psicopedagogos) y el fonoaudiólogo pasó a ser un perfil a compartir por varias zonas.

### Prácticas diagnósticas de los ETAP

“(…) toda experiencia diagnóstica, por ser singular, tiene algo de inteligible, de irrepresentable, de identificable, de incomprensible e inclasificable, y es justamente en aquello que no podemos catalogar donde se pone en escena la historicidad y la problemática siempre discontinua de cada niño.” (Levin, E., 2005, p. 57)

En el caso de las prácticas que llevan adelante los integrantes de los ETAP, éstos coincidieron en indicar que, en general, en todas sus intervenciones buscan rescatar:

*“Las potencialidades con las que cuenta el alumno, sus virtudes, sus cosas positivas, para en algún sentido potenciarlas”<sup>32</sup>.*

Respecto a posibles resoluciones, lineamientos o consensos que regulen los abordajes o las prácticas diagnósticas, los profesionales coincidieron en indicar que, hay resoluciones como la N°2035/15<sup>33</sup> donde se implementa la Jornada Extendida en las escuelas de nivel primario de la provincia y se especifica cómo realizar las trayectorias escolares de los estudiantes y la Res. N° 3438/11, donde se definen y organizan los procesos de “inclusión” de un alumno con discapacidad en las escuelas, o sobre su escolaridad compartida, así estas decisiones se juegan entre el contexto institucional, familiar y el equipo. Y que establece que el diagnóstico debe contar con técnicas

<sup>32</sup> Entrevista N°1. Anexo N°3

<sup>33</sup> Se adjunta el link: [http://unterseccionalroca.org.ar/imagenes/documentos/leg/Resolucion%202035-15%20\(Niv.%20Primario\)\\_0.pdf](http://unterseccionalroca.org.ar/imagenes/documentos/leg/Resolucion%202035-15%20(Niv.%20Primario)_0.pdf)

específicas como: Bender, WIIS, DFH, Persona bajo la lluvia, Pareja enseñando-aprendiendo y está a cargo del perfil psicopedagógico y/o psicológico.

Explican:

*-“Más allá del dictamen médico, solemos tomar test psicométricos que midan su coeficiente intelectual y alguno que otro proyectivo... alguna que otra prueba operatoria o pedagógica”.*<sup>34</sup>

Pero no ocurre lo mismo con las otras problemáticas que se presentan en el contexto escolar, entre ellas el TDA/H. Afirman

*-“No hay posición, ni lineamientos, ni consensos respecto a nada, y si habría no se haría caso igual como tanta normativa dando vuelta”.*<sup>35</sup>

*-“Directivas en relación a algún diagnóstico específico no . la única directiva es que debían ser abordadas las problemáticas en equipo”.*<sup>36</sup>

De este modo, en término del ¿para qué el diagnóstico? Están quienes responden en forma más general, que con él buscan

*-“Conocer la problemática que atraviesa el niño para abordarla mejor”.*<sup>37</sup>

Y otros, que manifiestan que indagan puntualmente, por ejemplo

*- En qué estadio esta, como para saber si hay que reforzar, que áreas y en qué sentido”*<sup>38</sup>

<sup>34</sup> Entrevista N°3. Anexo N°3

<sup>35</sup> Entrevista N°2. Anexo N°3

<sup>36</sup> Entrevista N°5. Anexo N°3

<sup>37</sup> Entrevista N°1. Anexo N°3

<sup>38</sup> Entrevista N°4. Anexo N°3

Con respecto al 'cómo', al no existir un protocolo previo, cada profesional tiene la libertad de elegir como realizar su abordaje diagnóstico, en ese punto detallan una serie de técnicas que desarrollaremos más adelante.

Entonces, que la práctica diagnóstica no esté normada hace que a nivel de la práctica institucional de los ETAP los profesionales hayan ido diseñando 'un saber-hacer' que se fue y va tejiendo entre consensos y disensos y que se puede dividir en dos momentos, uno de acercamiento a la problemática donde las intervenciones que, generalmente, se ponen en juego gozan de un marcado consenso entre los profesionales y otro que refiere, puntualmente, a la instancia diagnóstica y sobre ésta las posiciones profesionales dejan de ser coincidentes.

Así, cuando el ETAP recibe un informe de una de las escuelas de su jurisdicción donde se detalla la problemática que atraviesa un niño/a o grupo por el cual se le pide intervenir, comienza el primer momento. Luego, se pauta una reunión en la que se encuentran formalmente el equipo directivo -en ocasiones el/ los docentes- con los profesionales del ETAP, en ella 'se acuerda' cuál sería el abordaje más operativo (individual, grupal, institucional, familiar, y/o con la docente).

Una vez, finalizado este encuentro, en las reuniones de equipo se decide quién va a seguir la problemática e intervenir en la misma, conforme a lo consensuado que, al decir de los profesionales, es 'repartirse' los casos según la problemática. Expresa una profesional del área social:

*"No te puedo decir mucho sobre el TDAH porque son derivaciones para la psicóloga o psicopedagoga. Yo me encargo de otras problemáticas"<sup>39</sup>*

---

<sup>39</sup> Entrevista N°8 Anexo N°3

De este modo, los problemas de aprendizajes-pedagógicos son trabajadas por el perfil psicopedagógico; las inasistencias, abandono, violencia, abusos, problemas de conducta por los perfiles sociales, lo vinculado con el habla y su pronunciación el perfil fonaudiológico y el perfil psicológico, se hace cargo de situaciones donde se supone se juegan procesos emocionales. Por ende, conforme a la citada distribución de temáticas, el TDA/H es abordado por el psicopedagogo porque se trata de una problemática que *“siempre repercute en el aprendizaje”*<sup>40</sup>.

Entonces, si bien por resolución para poder abordar y resolver las problemáticas actuales desde un pensamiento complejo los equipos deben ser interdisciplinarios, los ‘acuerdos’ surgidos en la práctica muestran un hacer disciplinar que los profesionales justifican bajo argumento de que el trabajo interdisciplinario se torna imposible por *“la gran demanda y las urgencia que nos superan”*<sup>41</sup>, lo que asocian con la falta de personal en los equipos, ausencia de algunos perfiles y hasta con *“roces e incluso discusiones”*<sup>42</sup> entre los integrantes del equipo debido a la coexistencia de diferentes marcos teóricos.

En este punto, cabe aclarar que esta ‘dificultad para establecer acuerdos’ no solo la ubican al interior de los equipos sino también, cuando consideran necesario realizar alguna interconsulta a otros profesionales (principalmente, médicos y neurólogos) o articular con otras instituciones de la localidad (hospital “Artémides Zatti”, Promoción familiar o Fortalecimiento del Ministerio de Desarrollo Social Provincial, entre otras) la atención y/o seguimiento de un niño y/o su familia. Desde ahí, afirman que “el trabajo

---

<sup>40</sup> Entrevista N°7. Anexo N°3

<sup>41</sup> Entrevista N°9. Anexo N°3

<sup>42</sup> Entrevista N°7. Anexo N°3

interdisciplinario casi nunca se logra” por ello, son muy pocas las derivaciones que se efectivizan. Aquí a los obstáculos ya mencionados agregan el factor “tiempo”.

Una vez finalizada esta instancia comienza el segundo momento dirigido a precisar tanto el diagnóstico como las estrategias a implementar y aquí ya no se habla de consensos sino de que cada profesional, según sus propios decires, ‘eligen’ el abordaje diagnóstico a realizar.

En la modalidad grupal, que incluye por ejemplo, problemas en la convivencia, violencia entre pares, falta de límites, etc., trabajan institucionalmente con todo el equipo escolar y con los docentes en espacios de acompañamiento (talleres principalmente con los alumnos, y dependiendo de las problemáticas talleres con los padres).

En la modalidad individual, la mayoría de los profesionales señalan que el proceso comienza con una serie de entrevistas con directivos, con los padres del niño, con la docente y de ahí, se pasan a realizar observaciones áulicas, de los recreos, de las áreas especiales del alumno en cuestión para posteriormente, trabajar con él. Ya con el niño/a explican:

-“Yo comienzo siempre consultando si sabe porque estamos ahí y para que, conversando y viendo que información me va dando.”<sup>43</sup>

-“Yo decido comenzar con un hora de juego, creo que es mediante este que el niño presenta la problemática a flor de piel”<sup>44</sup>

-“En el primer encuentro decido que sea el alumno quien decida que hacer, jugar, dibujar, escribir, hablar”<sup>45</sup>.

<sup>43</sup> Entrevista N°1. Anexo N°3

<sup>44</sup> Entrevista N°3. Anexo N°3

<sup>45</sup> Entrevista N°4. Anexo N°3

### Sobre el diagnóstico del TDA/H

Puntualmente, en lo que respecta al diagnóstico del TDA/H, algunos dicen que hacen tanto que no hacen este tipo de diagnóstico que “no se acuerdan”, mientras otros indican que con éste se buscaba a nivel subjetivo “ver que le está ocurriendo a ese niño”, a nivel familiar indagar: “sus vínculos y lazos para ver cómo estaba el niño emocionalmente”. Por lo tanto,

*“Las entrevistas con los adultos que los rodean son el instrumento por excelencia, ya que permiten indagar y pesquisar que puede estar ocurriendo.”<sup>46</sup>*

Y en el ámbito escolar hacían entrevistas con los docentes y

*“Observaciones áulicas y de los recreos fundamentales, porque vos ves cuando el alumno se distrae, golpea, está hiperactivo, hace berrinches, con quien conecta y con quien no, cuál es su relación con la docente, como para ir buscando estrategias que resuelvan el conflicto.”*

Algunos profesionales comentan que siempre buscando identificar cuáles serían “los factores causa de la distracción”<sup>47</sup>, sumaban a las entrevistas y observaciones áulicas la administración de técnicas, y al no existir acuerdos previos, éstas varían según el profesional y sus objetivos. Los Test más mencionados son el Bender y el WIIS con lo que buscan “ir despistando posibles lesiones y ver su nivel de inteligencia.”<sup>48</sup>

Al cierre de este trabajo, los profesionales coincidieron en señalar que, generalmente, se realiza una devolución a todos los actores involucrados y la presentación de un informe.

Por ejemplo señalan:

<sup>46</sup> Entrevista N°5. Anexo N°3

<sup>47</sup> Entrevista N°5. Anexo N°3

<sup>48</sup> Entrevista N°2. Anexo N°3

la problemática pasa por el lado de la violencia, sin embargo, los 'pero' puestos en juego en el discurso: *"pero igualmente se evalúa la situación"*, *"Pero sí sabemos que el trabajo va por ahí"*, dan cuenta de la vigencia del mismo en sus prácticas, en todos casos, junto a la problemática de la violencia pero no sustituido por ésta última.

Y cuando hablan del TDA/H, en la mayoría de los casos, los profesionales le suponen un origen orgánico, abrochan sus causas a diversas situaciones familiares y atribuyen al discurso médico el saber sobre el mismo. De este modo, o 'no existe' o es un tema de otros, de este modo, se ponen por fuera de la problemática.

Esto no es sin consecuencia, ya que, como dice Hebe Tizio (2003) los términos con los que los profesionales 'nombran el problema' son ya formas de construirlo, en otras palabras, es con su aparato conceptual que configura el problema del cual se ocupa y el tratamiento a seguir entonces, no es lo mismo escuchar lo que un niño tiene para decir que identificarlo como TDA-H porque lo dice, por ejemplo, el médico, corriéndose el riesgo, tal lo plantea Janin, B (2010), de minimizar la complejidad del padecimiento de un niño/a al terreno de una causa única, "reduciendo sus posibles abordajes a la medicación o a procesos psicoterapéuticos no adecuados para la problemática" (p.173).

A esto se suma, más allá de las buenas intenciones puestas en juego, un trabajo 'solitario' del profesional (se 'reparten' los casos a un perfil) que enfrenta la evaluación desde su posición sin contar con acuerdos mínimos del equipo acerca del 'cómo' intervenir, por lo que lo común es responder con 'formas de hacer' que por naturalizadas cierran toda interrogación y dan paso a la justificación bajo argumento de: *"no tenemos*

tiempo"<sup>54</sup>, o "tengo que priorizar entre tantos casos que tengo".<sup>55</sup> "tengo que priorizar entre tantos casos que tengo"<sup>56</sup>, o "no llego con los que tengo, así que menos poder abordar los de mis compañeros, o ellos los míos"<sup>57</sup>. 'Falta de tiempo', que tal como lo expresa Hebe Tizio (2003), impide interrogar los significantes que circulan porque todo sucede muy rápido y va configurando un saber hacer, por definición, "irreflexivo".

Esta es una de las características de los tiempos actuales, plantea Tizio, H (2003) donde no hay tiempo para interrogar los significantes que circulan porque todo sucede muy rápido. Entonces, los términos utilizados en 'la urgencia' obturan los puntos de ignorancia necesarios para abrir nuevos interrogantes y cuando este cierre se produce, aparece la angustia que invade a los profesionales.

En síntesis, un trabajo solitario y la falta de espacios de supervisión o revisión de estas prácticas obtura la posibilidad de volver sobre lo hecho y poder fundamentar el lugar desde dónde producen y sostienen su hacer. Así, son muchas las veces, que la intervención o 'estrategia' seleccionada ubica al niño en el lugar de la 'falla', único responsable de aquello que lo ocurre. Y por ende, responde a "una única interpretación (previa) y una única dirección de la cura" (Tumburu, C., 2017, p.44); des-responsabilizando a los adultos del entorno. Así, se cierra el malestar que produce el síntoma con un sentido preestablecido "quiere llamar la atención" obturando, como ya se dijo, la aparición de la "demanda del sujeto".

---

<sup>54</sup> Entrevista N°9. Anexo N°3

<sup>55</sup> Entrevista N°4. Anexo N°3

<sup>56</sup> Entrevista N°4. Anexo N°3

<sup>57</sup> Entrevista N°4. Anexo N°3

Posicionamiento que se vuelve un campo fértil para los procesos de patologización y medicalización infantil que tiende al etiquetamiento y sentenciamiento de los sujetos, obteniendo respuestas que parecerían tener resultados, pero en realidad no es más que una salida transitoria, y momentánea. Posicionamiento, que se enmarca, en palabras de Hebe Tizio (2003), en una ética de las intenciones perdiendo la posibilidad de tomar las dificultades que se le presentan como algo que le concierne y jugarse por una ética de las consecuencias.

Y para ello, cabe volver a poner en valor la importancia del *trabajo interdisciplinar*, un trabajo que como señala Janin, B (2010) no pretenda ni saber todo de antemano ni recetas rápidas y mágicas para todos los niños/as por igual.

Porque la Clínica del TDA/H, al decir de la misma autora, requiere “de abordajes múltiples, donde se desplieguen distintas indicaciones, simultaneas o sucesivas; las miradas unilaterales han mostrado ya su ineficiencia”. Es decir, requiere de experiencias diagnósticas, que tiendan a la singularización, incomprendibilidad e inclasificación, porque allí es donde se pone en juego la historicidad y la problemática única e irrepetible de un niño/a. (Levin, E. 2005)

## **CAPÍTULO N°4**

**“Recorridos escolares de niños/as sospechados y/o rotulados con la sigla TDA/H”.**

## **“Recorridos escolares de niños/as sospechados y/o rotulados con la sigla TDA/H”.**

“Aquietarlos si se mueven, sacudirlos si están muy quietos, acelerarlos si son pausados. Acallarlos si cuestionan o denuncian destrato, dolor o indiferencia. Esta es una forma de patologización de la infancia.” (María Cristina Roja, 2013, p. 31)

Del recorrido ya expuesto, pudimos dar cuenta de la posición que en sus prácticas diagnósticas adoptan los profesionales que integran los ETAP en general y de la vinculada al TDA/H en particular. Ahora, desde el discurso de los Equipos directivos y de los ETAP, ingresaremos a las trayectorias o recorridos escolares de aquellos niños/as sospechados y/o rotulados con la sigla TDA/H, para visibilizar en ellas los ‘efectos’ que pudo tener la posición diagnóstica puesta en juego por el profesional en aquellos casos donde se supuso dicho trastorno.

### **Acerca de las trayectorias o recorridos escolares de niños/as diagnosticados como TDA/H.**

En nuestro país, el concepto de trayectoria escolar se empezó a pensar para hacer frente a dos cuestiones muy relevante con las que se encontraba el sistema educativo, el denominado fracaso escolar, entendido como producto de la repitencia, el aplazo y el abandono y, las políticas educativas de inclusión social de las personas con discapacidad.

En consecuencia, en nuestra provincia en el año 2011, las Direcciones de Nivel del Ministerio de Educación manifestaron la adhesión a la Res. N°122/10 del C.F.E, que aprueba el documento “Orientaciones para el mejoramiento de las trayectorias escolares reales de niños, niñas, y jóvenes”, cuyo objetivo principal - preocupados por garantizar el

derecho de la educación para todos los niños, niñas y jóvenes- es "(...) mejorar la capacidad pedagógica del sistema, procurando hacerlo más sensible a las necesidades y realidades de cada uno de sus alumnos y alumnas" (Res. N°122/10., p.2). En consecuencia, se enfatiza en el diseño de estrategias que permitan "acompañar las trayectorias escolares de alumnos y alumnas de manera de que las mismas sean completas y continuas". (Res. N°122/10, p. 1).

Más allá, de las buenas intenciones ministeriales algunos autores, como ya fue expresado en el capítulo I, advierten que con ellas el discurso escolar intenta solucionar el problema de desatención con o sin hiperactividad utilizándolas como una supuesta compensación para acoplar a los alumnos a los recorridos esperados por el sistema educativo (Dueñas, G y Kligman, C. 2009). Por ello, Flavia Terigi (2007) las divide entre las teóricas y las reales. Las primeras más ajustadas a las que propone el sistema (homogénea, estándar y cronológica). Y las 'reales' que implican diversos recorridos que realiza un estudiante a lo largo de todos sus años de escolarización, es decir, 'esas' que no siempre van en consonancia a la linealidad y regularidad propuesta por el currículo o el calendario escolar.

En este estudio, como también fue explicitado en el capítulo I, pensamos en cuales son los 'efectos' que la prácticas diagnósticas pueden producir 'en la escolarización' del niño/a diagnosticado como TDA/H los cuales se tratan de visibilizar en referencia a las condiciones de posibilidad o no que tuvieron para aprender e integrarse al ámbito escolar a lo largo de sus años de escolarización. En otras palabras, revisamos en la trayectoria escolar 'real' de cada uno las oportunidades de alojamiento como alumno con las que

contó y/o las dificultades, detenciones, situaciones de estigmatizaciones y/o de exclusión que tuvo que enfrentar

Entonces, como en la construcción, configuración e implementación de toda trayectoria escolar entra en juego las suposiciones e ideas que los adultos en calidad de educadores tienen respecto a los alumnos, al éxito o al fracaso, a la enseñanza y al aprendizaje, aquí se vuelve relevante 'escuchar' lo que tenían para decir los profesionales de los ETAP y de los equipos directivos acerca de conceptualizaciones tales como: ¿Qué es un alumno?, ¿Qué es el aprendizaje?, ¿Cómo se dan los procesos de enseñanza y aprendizaje?

Así, los profesionales que conforman los ETAP coinciden en señalar que *un alumno* es un niño o un adolescente que se encuentra en etapa escolar y que debe reunir "ciertas condiciones", entre ellas: concurrir a clase, ser responsable, traer el material y "*aprender conocimientos que necesita para desenvolverse en la vida*".<sup>58</sup>

Alguien que tiene que tener "*ganas de aprender, conocer*"<sup>59</sup> y ser "*capaz de escuchar, preguntar, indagar*"<sup>60</sup> y "*aprender porque no sabe*"<sup>61</sup>.

Por su parte, los directivos también destacan como condición para ser alumno: asistencia regular a la escuela, traer útiles escolares y agregan que necesita de un docente 'porque de otra forma no podría acceder'. Alguien que debe estar 'dispuesto' y 'poder' aprender de otra persona.

Respecto del *aprendizaje*, hubo coincidencias entre los profesionales del ETAP en señalar que es "*el estudio sistemático de algún conocimiento o contenido que en la*

<sup>58</sup> Entrevista N°4. Anexo N°3.

<sup>59</sup> Entrevista N°8. Anexo N°3.

<sup>60</sup> Entrevista N°1. Anexo N°3.

<sup>61</sup> Entrevista N°7. Anexo N°3.

escuela se decide que un niño tiene que aprender”<sup>62</sup> el cual le servirá para “desenvolverse en la vida”<sup>63</sup>, “en la sociedad. Para constituirse en ciudadano”<sup>64</sup>.

De cómo los aprende el niño “depende siempre del maestro”<sup>65</sup>, algunos lo hacen de “memoria otros reflexionando”<sup>66</sup> y así “van desarrollando estrategias de aprendizaje para responderle al maestro, según como éste los evalué.”<sup>67</sup>

Los equipos directivos acuerdan con que el aprendizaje forma parte del proceso de estudio de un contenido escolar que le permita al alumno luego poder defenderse en la vida. Que se juega en una relación asimétrica que es “efectiva siempre y cuando aquel que enseñe sepa cómo bridar la información y el niño los pueda incorporar.”<sup>68</sup>

Para los directivos, en líneas generales, los niños/as aprenden “por repetición”, señalando que:

“Repiten como loro, porque creen que todo lo que aprenden es para mostrarle al otro y que vaya la nota al boletín”.<sup>69</sup>

“Se aprenden el “versito” (...) llegan a 7mo grado y hay que explicar todo de nuevo, ya que a largo plazo no recuerdan nada.”<sup>70</sup> Les interesa más “un jueguito nuevo de la play que saber qué es un texto expositivo o narrativo”.<sup>71</sup>

Afirman que esto es responsabilidad, en primera instancia del ‘chico’ y, “del acompañamiento de la casa, como también, en que les pide la docente”.<sup>72</sup>

<sup>62</sup> Entrevista N°1. Anexo N°3.

<sup>63</sup> Entrevista N°5. Anexo N°3.

<sup>64</sup> Entrevista N°2. Anexo N°3.

<sup>65</sup> Entrevista N°5. Anexo N°3.

<sup>66</sup> Entrevista N°2. Anexo N°3.

<sup>67</sup> Entrevista N°3. Anexo N°3.

<sup>68</sup> Entrevista N°11. Anexo N°3.

<sup>69</sup> Entrevista N°11. Anexo N°3.

<sup>70</sup> Entrevista N°10. Anexo N°3.

<sup>71</sup> Entrevista N°10. Anexo N°3.

<sup>72</sup> Entrevista N°11. Anexo N°3.

Por tanto, desde los decires de los profesionales y los directivos se desglosa que, ocupan el lugar de alumnos y aprenden sólo aquellos que logran reunir 'una serie de condiciones' -recordemos asistencia, contar con los materiales escolares, ser responsables, tener ganas de aprender, ser capaz de escuchar y preguntar porque no saben-, condiciones que recaen, casi exclusivamente, sobre quien ocupa en la relación escolar el lugar del que aprende. Lo mismo ocurre cuando describen el modo de aprender como mecánico, repetitivo, memorístico.

En este punto, cabe recordar que para que los aprendizajes puedan ser consolidados, en palabras de Baraldi, C (1993), tiene que haber un Otro (presentificado en algún semejante: la madre, las instituciones, las escuelas, etc. sin agotarse en ninguno de ellos) que espere que el niño aprenda y demande adecuadamente. Y que cuando esto no ocurre, es decir, cuando la demanda desconoce la proporción de pedir (una madre o un docente que niega el tempo y el estilo del otro desconciertan al niño con sus requerimientos) se genera un campo fértil para que advengan las dificultades en el aprendizaje.

Así, desde esta perspectiva, aprende quien puede contar si o si -- más allá de sus dificultades- con un otro escolar que propicie aprendizajes significativos, ya que, si no hay deseo de aprender los contenidos no se pueden desarmar, traducir, reorganizarlo y apropiarse verdaderamente como para poder volver a utilizarlo en otra ocasión u otro momento. Por lo tanto, cuando un niño/a cuenta con esta posibilidad el resultado de sus aprendizajes no será de tipo 'repetitivo', al cual hacían alusión los directivos. Ni tampoco coincidiría con trayectorias escolares que van por el camino de: *adaptar el contenido a las posibilidades reales del alumno*<sup>73</sup>, *reducir la información y cantidad*<sup>74</sup> o simplemente

---

<sup>73</sup> Entrevista N°1. Anexo N°3.

<sup>74</sup> Entrevista N°3. Anexo N°3.

buscar que el alumno siga con su grupo de pares, sin perder su lugar de pertenencia<sup>75</sup>, porque todas ellas en mayor o menor medida, minimizan y generalizan en lugar de potenciar lo singular.

Esto es denunciado por autores como Gareca, S (2007) que afirma que la institución escolar no convoca el interés de los alumnos porque ha estatizado los modos de circulación del saber en la medida en que sigue transmitiendo mediante el libro y la palabra como único recurso, en un tiempo donde prima las nuevas tecnologías, la sociedad de información y conocimiento. Pero también, porque para explicar el desinterés, el aburrimiento, la indisciplina sigue recurriendo a argumentos psicologizantes del alumno (son hijos de padres separados) o recurso patológicos o epidemiológicos.

Ahora bien, qué pasa puntualmente, con las trayectorias vinculadas a niños/as sospechados o rotulados con la sigla TDA/H.

En post de identificar estos niños/as, explica un profesional:

*“Si tendría que pensar en un patrón, diría que el desatento tenía problemas más que nada en el aprendizaje, mientras que el hiperactivo te rompía la escuela”.*<sup>76</sup>

Porque *“estar desatento hace imposible todo aprendizaje”*<sup>77</sup>, son niños que *“no escuchan, no copian, no leen, no hacen nada”*<sup>78</sup>.

También están quienes afirman que la *“desatención depende el día y del momento que atraviesa el niño”*<sup>79</sup>, en término de lo que ocurre a su alrededor, en el contexto

<sup>75</sup> Entrevista N°5. Anexo N°3.

<sup>76</sup> Entrevista N°2. Anexo N°3.

<sup>77</sup> Entrevista N°4. Anexo N°3.

<sup>78</sup> Entrevista N°5. Anexo N°3.

<sup>79</sup> Entrevista N°6. Anexo N°3.

familiar y/o escolar, en su relación con el docente. Se trata de *“chicos inteligentes”*<sup>80</sup> que, *“pueden estar dispersos y a veces aprender”*<sup>81</sup>.

En esta caracterización, los profesionales del ETAP y de los Equipos Directivos coinciden en señalar que el ‘estar distraído’ no siempre se asocia a problemas de conducta. Este ‘estar desatento, distraído o desconcentrado’ tiene que ver con: ‘volar’, ‘estar en las nubes’, ‘no escuchar’ que se traduce, a nivel pedagógico, en ‘no aprender’<sup>82</sup> ya que, como explica una profesional:

*“Si no se sostiene la atención no hay apropiación de los contenidos, ergo no hay aprendizaje”*.<sup>83</sup>

En cuanto a sus causas -como ya se describió en el capítulo III,- la ‘desatención’ gira alrededor de dificultades vinculadas a supuestas causas orgánicas y/o emocionales, o de la organización familiar de los niños y ahora, se agregan decires sobre el ‘lugar’ que la escuela tiene para los mismos y viceversa. Se destaca que:

*“Los chicos están en otra, no les importa la escuela porque consideran que la escuela no tiene nada para ofrecerles.”*<sup>84</sup>

*“En las escuelas importa más que el chico este quieto más que lo que pueda aprender.”*<sup>85</sup>

*“La escuela necesita resolver de una manera rápida el mal comportamiento del niño.”*<sup>86</sup>

<sup>80</sup> Entrevista N°6. Anexo N°3.

<sup>81</sup> Entrevista N°6. Anexo N°3.

<sup>82</sup> Anexo N°2.

<sup>83</sup> Entrevista N°5. Anexo N°3.

<sup>84</sup> Entrevista N°9. Anexo N°3.

<sup>85</sup> Entrevista N°7. Anexo N°3.

<sup>86</sup> Entrevista N°4. Anexo N°3.

Por ello, cabe preguntarnos sobre ¿Qué está en juego? en los avatares que presentan los niños ‘desatentos’, ‘inquietos’ en su tránsito escolar. Pero antes, brevemente queremos destacar, que de los relatos de los profesionales se desprende que para el ámbito escolar el ‘estar desatento’ preocupa mucho menos que el ‘estar molesto’. En este sentido, los directivos escolares indicaron que: *“Tenes niños-as que están en las nubes, distraídos y no molestan para nada. Y sin embargo, hay otros que en las mismas condiciones molestan, pegan, golpean todo”*.<sup>87</sup>

Así, en las derivaciones la preocupación gira en torno a cuestiones vinculadas a la inobservancia de ‘las normas de convivencia y el respeto’ por las personas, los espacios, los horarios. Entonces, pasa a ocupar el lugar central de la problemática el significante ‘impulsivo’ más que hiperactivo y las dificultades son ubicadas:

A nivel institucional porque *“sacuden la escuela, la alteran, la rompen”*<sup>88</sup>. Con acciones tales como:

-*“Y en los actos patrios o cambios de actividades había que andar atajándolo porque siempre algo rompía, dañaba, o escondía”*

-*“YY siempre llegaba tarde, desacomodaba toda la fila, no paraba de moverse, de pellizcar, golpear, bajarle los pantalones a los compañeros.”*

Y a nivel Pedagógico, porque *“eran alumnos difíciles, uno tenía que poner el cuerpo constantemente porque transgreden todas las normas y pautas de convivencia”*<sup>89</sup>

Además, para el idario escolar, un niño que molesta, pega y se autoagrede, no puede estar, por ejemplo, en hora de plásticas *“con tijeras, cúter o incluso con voligoma”*<sup>90</sup> o

<sup>87</sup> Entrevista N° 11. Anexo N°3.

<sup>88</sup> Entrevista N° 12. Anexo N°3.

<sup>89</sup> Entrevista N° 7. Anexo N°3.

<sup>90</sup> Entrevista N° 4. Anexo N°3.

en la hora de educación física porque *“en vez de bajar unos cambios quedan más revolucionados, como que se pasan de rosca, mira XXXX hizo renunciar a una profesora, porque no la dejaba dar una clase tranquila.”*<sup>91</sup>

Y en el aula se *“agotan las estrategias escolares”*<sup>92</sup> y los docentes se quejan *“que no están preparados... que no se formaron para trabajar con ellos”*<sup>93</sup>.

Por ello, los directivos comentan que para ellos era un desafío pensar a principio de cada año qué docente iba a la división a la que concurría un niño que presentara esta problemática, *“porque nadie quería tener que estar con él en el aula cotidianamente”*.<sup>94</sup>

Por su parte, los profesionales del ETAP coinciden con las descripciones que realizan los directivos en cuanto al modo de ‘estar’ de estos niños/as en el aula: *“molestan, pegan, no dejan dar la clase, golpean a todo lo que se les cruza por el camino, rompen el material y útiles escolares de los otros niños”*.<sup>95</sup>

Pero ellos enfatizan más en torno a las dificultades a nivel de *los lazos y vínculos con los otros*. Con respecto a los pares, afirman que en los primeros años, ante los episodios disruptivos de alguno de los niños/as, sus compañeros tienen miedo pero *“ya cuando van a 5to o 6to los enoja sus actitudes”*<sup>96</sup>. Y ante estas situaciones, los padres piden *“para sacarlo de la escuela”*<sup>97</sup> o *“manifestaban intranquilidad por la seguridad de sus hijos”*<sup>98</sup>

<sup>91</sup> Entrevista N° 4. Anexo N°3.

<sup>92</sup> Entrevista N° 11. Anexo N°3.

<sup>93</sup> Entrevista N° 11. Anexo N°3.

<sup>94</sup> Entrevista N° 11. Anexo N°3.

<sup>95</sup> Entrevista N° 3. Anexo N°3.

<sup>96</sup> Entrevista N° 4. Anexo N°3.

<sup>97</sup> Entrevista N° 7. Anexo N°3.

<sup>98</sup> Entrevista N° 7. Anexo N°3.

Con respecto a los docentes, los profesionales resaltan que muchos de éstos quedan agotados y a lo último *"ya no les tienen paciencia"*<sup>99</sup>. Y esto no es sin consecuencia, ya que cuando aparece *"la queja constante del docente"*<sup>100</sup>, cambia su mirada y eso condiciona todo el proceso del niño dentro de la escuela.

De este modo, hay docentes *"más tolerantes que pueden llegar a los chicos"*<sup>101</sup>, y otros que consideran que no fueron preparados para ciertas problemáticas, entonces, *"se cierran y le cierran las posibilidades al chico"*<sup>102</sup>.

De estos relatos se desprenden que tanto los profesionales del ETAP como los directivos ubican como principal problema la dificultad del adulto de sostener el acto educativo el cual requeriría de un docente que pueda dar *"su tolerancia, acompañamiento, preocupación y apuesta."*<sup>103</sup>

También, que las estrategias más utilizadas son: asesoramiento a las instituciones, realización de talleres con los grupos de alumnos y a nivel individual, autorización para entrar más tarde, no participar de los actos escolares y/o no realizar las salidas extraclásicas planificadas, *"así no pasan por situaciones que se les presentan tediosas"*.

Ahora bien, volviendo a las preguntas que nos hacíamos sobre los avatares en el tránsito escolar que produce el 'estar desatento' con o sin hiperactividad en el aula, con lo primero que nos encontramos es con la falta de registros que den cuenta de las trayectorias escolares de los niños/as que cuentan con el diagnóstico o contaron con estrategias institucionales (escuelas-ETAP) ante la sospecha de que podía padecer

---

<sup>99</sup> Entrevista N° 1. Anexo N°3.

<sup>100</sup> Entrevista N° 1. Anexo N°3.

<sup>101</sup> Entrevista N° 6. Anexo N°3.

<sup>102</sup> Entrevista N° 1. Anexo N°3.

<sup>103</sup> Entrevista N° 6. Anexo N°3.

TDA/H, razón por lo cual, las trayectorias se fueron armando conforme a los recuerdos de los profesionales de los equipos técnicos y directivos.

Así, los primeros tres casos que comentan son niños que contaron con diagnóstico médico y tratamiento medicamentoso. Sobre su modo de 'estar en el aula' explican:

-*"X andaba en las nubes, no salía en los recreo, no compartía con los compañeros, estaba todo el día callado"*<sup>104</sup>

-*"La desatención lo llevaba a XX a aislarse, muy tímido, costaba saber que le pasaba."*<sup>105</sup>

-*"El desfases en los aprendizajes de XXX era la consecuencia de estar en otra mientras se explicaban contenidos o daban actividades."*<sup>106</sup>

Los equipos directivos, afirman que son muchos los niños que tienen este modo de estar en las aulas: *"como distraídos. Pero cuando piden un diagnóstico es porque, esta desatención es mucho más fuerte"*.<sup>107</sup> Recuerdan:

-*"A X realmente no se lo podía convocar a ninguna actividad escolar o extraescolar (...) su aprendizaje era muy pobre, generalmente, repetía las cosas y siempre necesitaba de soporte papel el abecedario con la letra en minúscula o mayúscula, las tablas y esas cosas porque no las terminaba nunca de aprender."*<sup>108</sup>

-*"XX se la pasaba las cinco horas mirando para afuera de la ventana, no copiaba, no traía los útiles escolares o el material que se le solicitaba y estaba en una etapa pre-silábica en tercer grado"*<sup>109</sup>

<sup>104</sup> Derivación escolar relatada en la Entrevista N°3. Anexo N°3.

<sup>105</sup> Derivación escolar relatada en la Entrevista N°1. Anexo N°3.

<sup>106</sup> Derivación escolar relatada en la Entrevista N°5. Anexo N°3.

<sup>107</sup> Entrevista N°11. Anexo N°3.

<sup>108</sup> Derivación escolar relatada en la Entrevista N°5. Anexo N°3.

<sup>109</sup> Derivación escolar relatada en la Entrevista N°5. Anexo N°3.

De esta manera, estos niños en palabras de los directivos se presentaban con una desatención de las *"mucho más fuerte"* por eso demandan, y frente a las mismas los profesionales de los ETAP pusieron en marcha sus intervenciones. Con X como la madre informa que cuenta con diagnóstico médico de TDA/H y está tomando medicación entonces, *"el trabajo se orientó hacia los docentes."*

En el caso de XX, la profesional psicopedagoga del ETAP primero mantuvo encuentros con el niño y luego, *"se derivó a una fundación quien efectivizó el diagnóstico y comenzó a trabajar con la familia."*

Con XXX, se resolvió administrar una batería de test (*"psicométricos y proyectivos"*) y como la duda persistía se solicitó una interconsulta que *"terminó indicando que tenía ADD."*

Una vez establecido el diagnóstico, 'las estrategias' más comunes puestas en marcha por los ETAP en las instituciones educativas estuvieron dirigidas, principalmente, a acompañar al docente.

En el caso de X se enfatizó en la planificación, por ejemplo, incorporación de actividades llamativas y cortas. Fichas de colores con el abecedario y las tablas. También, se le asignó la función de secretario del curso *"para que él pueda entrar y salir, buscar cosas, llevar y no atarlo cinco horas a un banco."*

En el caso de XXX se buscó con el docente un par pedagógico para que lo acompañe, *"un niño referente dentro del aula, que lo traiga a la tierra y le ayude a hacer las actividades."*

---

Un trabajo diferente se propuso para XX, aquí el profesional del ETAP buscó articular estrategias con la familia, en el aula y con un espacio terapéutico. Explica la psicopedagoga:

*-“Clínicamente intente focalizarme en donde estaba su atención y trabaje mucho con la familia para ir cambiando cosas de su entorno familiar .. Buscamos a alguien que se pueda conectar con el niño, dar lugar a un espacio terapéutico para que el niño pueda hablar y en la escuela buscar qué tipo de organización áulicas podía desarrollar la docente para ir captando la atención de este niño, lugares estratégicos para sentarse, otras actividades...”*

### **Efectos en la escolarización**

En este punto cabe resaltar, al decir de los profesionales, que lo que sostuvo que “las trayectorias escolares sean completas y continuas” tal lo planteado en la ya citada Res. Nº122/10 del Ministerio de Educación de la Nación, fue el uso de psicofármacos.

De este modo, los profesionales en general, manifestaron su acuerdo, con salvedades como “no se trata de medicar a todos”, “es el caso por caso” pero en definitiva el planteo es que - “es la única vía posible para poder concentrarse, o parar de moverse.”<sup>110</sup>. “Yo recomiendo siempre la posibilidad de incluir medicamentos hasta lograr calmarlos.”<sup>111</sup>. O, que lo aceptan cuando lo prescribe el médico y la familia lo avala. Y coincidieron en indicar que a partir de la medicación vieron cambios favorables: “se solucionó el

<sup>110</sup> Entrevista Nº2. Anexo Nº3

<sup>111</sup> Entrevista Nº3. Anexo Nº3

*problema*<sup>112</sup>, *"parecía otro alumno"*<sup>113</sup>, *"avanzo en sus aprendizajes y en sus relaciones"*<sup>114</sup>.

Por ejemplo, puntualmente en el caso XXX los psicopedagogos del ETAP indicaron que a partir de la medicación cambió, desapareció su impulsividad, destacando como positivo que: *"permanecía quieto, a veces se dormía"* y que avanzó en sus aprendizajes *"porque completaba la carpeta."*

En el caso de XX, la medicación permitió la continuidad de su escolaridad.

*"su tratamiento fue en base de mediación (...) ya no andaba a las patadas, no salía en los recreos, se la pasaba sentado en el banco, estaba bien, incluso termino 7mo grado."*

En palabras de los directivos *"Están más concentrados, más quietos y eso ayuda enseguida a que pueda aprender."*<sup>115</sup>

Aquí, en estas afirmaciones observamos cómo queda abrochada 'quietud a medicamento y a posibilidad de aprender'. Y esto nos lleva a pensar que tal como lo señala Janin, B (2010) la medicación aparece frente a ciertas dificultades de aprendizajes -entre ellos des-atención y/o hiperactividad- como la primera salida. Una droga que se presenta como la solución mágica a los más variados problemas y que permite a padres y docentes desligarse de "reflexionar sobre su valor y su responsabilidad en el proceso de crecimiento y educación del niño" (Tullio Frizzera, O; Heuser, C. En Janín, B., 2010, p.49). Y esto no es sin consecuencia, ya que el problema no es solo medicar al niño y los

<sup>112</sup> Entrevista N°10. Anexo N°3

<sup>113</sup> Entrevista N°11. Anexo N°3

<sup>114</sup> Entrevista N°4. Anexo N°3

<sup>115</sup> Entrevista N° 10. Anexo N°3

efectos secundarios que dicha medicación pueda tener (insomnio, inapetencia, etc.), sino lo que tras ella pueda quedar oculto” (Janin, B., 2010, p.151).

De todo lo expuesto hasta el momento y sintetizando podemos destacar que al momento de conceptualizar el TDA/H, la mayoría de los profesionales de los ETAP – como ya se señaló en el capítulo anterior- y los de los equipos directivos, enfatizan en el niño/a-problema y en la necesidad de contar con el discurso médico para su diagnóstico lo que permite inferir que -de modo más o menos consciente - abonan a la idea de ‘trastorno’ y por ende, justifican el uso de psicofármacos como ‘respuesta’ rápida y eficiente para sostener la escolarización de estos niños/as.

Esta perspectiva, dice Gareca S. (2007), organicista y sobresimplificada puede tener consecuencias muy negativas en la subjetividad de quien padece esta rotulación, pero también, recorta el saber hacer docente a estrategias del orden conductual-comportamental con las que pueden en algunos casos organizar y limitar al niño/a en el espacio áulico y/o institucional pero que siempre dejan por fuera la comprensión de ‘eso’ que éste padece. Así, desde esta posición el docente u la escuela en su conjunto, pierden la posibilidad de, al decir de Janin (2010) “comprender el sufrimiento del niño”, pero también, y no menos importante de “reconocer los propios límites”.

Y esto no es sin consecuencia, ya que muestra a los chicos ante un problema muy serio como es “no tener adultos que puedan acompañarlos”.<sup>116</sup> A lo que se suma que muchos directivos de las escuelas planteen que ya han agotado las instancias de propuestas y estrategias para resolver las problemáticas, que siempre se intenta ir

---

<sup>116</sup> Entrevista N° 10. Anexo N°3.

probando cosas nuevas, pero 'esas cosas nuevas no son más que otras estrategias que se implementaron y no funcionaron con otro niño/a'.

Y este estado de cosas, nos acerca a una respuesta para nuestra pregunta acerca de cuál sería el efecto que esta posición produciría en la escolarización de un niño/a? Y lo primero que aparece es la 'exclusión'.

En este sentido, el caso presentado que llamamos XX, es un claro ejemplo de cómo a partir de conseguir el diagnóstico de TDA/H junto con el certificado de discapacidad, en primer instancia se diseña una trayectoria escolar con adecuaciones curriculares; pero como seguían produciéndose algunos inconvenientes a nivel relación docente- alumno; alumno- pares, se tramita con la ayuda de otra institución del medio una escolaridad domiciliaria asistida por tutores. Y esta escolaridad al efectivizarse deja en evidencia una clara exclusión del niño del ámbito social, ya que, al separarlo del espacio socio-escolar se le obtura posibilidad de ir captando el sentido de las pautas propias de éste que, como dice Kupfer, M (2004), "está lejos de entender" quien padece hiperactividad. Así, la escuela, perdió la posibilidad de instituirse como Otro social, y desde esa posición de terceridad "atribuir un sentido, aunque ilusorio, para el aprender, para el límite, para la castración" (129).

Esta posibilidad de ir captando el sentido de las pautas socio-escolares y aceptando el con-vivir junto a otro, también queda cercenada con otras 'formas de hacer' que fueron naturalizándose en el cotidiano escolar ante el comportamiento disruptivo de un niño/a, como por ejemplo, exceptuar a ciertos niños/as de actividades cotidianas que conforman el colectivo escolar y que otorgan un lugar de pertenencia tales como: horas especiales (plástica, educación física, música), salidas recreativas, momentos comunitarios, actos

patrios, entre otros, bajo el argumento de como ya se dijo, de que no pasen "*por situaciones que se les presentan tediosas*", para evitar accidentes y situaciones conflictivas que ponen en jaque a los adultos, e irritan a los compañeros. Sin llegar a medidas extremas, también representan actos de exclusión con los que se silencia lo que puede estar presentando/atrayendo un niño/a que se manifiesta mediante el síntoma de la desatención, impulsividad o hiperactividad.

En otras palabras, son decisiones que muestran a la escuela con serias dificultades para constituirse en ese espacio de alojamiento, contención, escucha y acompañamiento para los niños/as que habitan sus aulas, que desconocen al sujeto y por lo tanto, empobrecen la construcción de condiciones de posibilidad para la tan mentada inclusión escolar.

En síntesis el efecto principal, parece ser dejar al niño/a ubicado en un único lugar posible: el del déficit y la objetivación. Trayectorias escolares diseñadas solo como recorridos personales de los niños/as. Trayectorias que se sostienen en conocimientos automáticos y repetitivos, buscando hacer coincidir las trayectorias escolar esperada con la real y que dejan por fuera de la escolarización de estos niños la socialización y la apropiación de aprendizajes significativos.

# Elementos finales

## Conclusiones

En el marco de la presente investigación pretendimos conocer el posicionamiento que adoptan los profesionales que integran los ETAP, entre ellos los psicopedagogos, en los procesos diagnósticos de niños/as sospechados o rotulados con la sigla TDA/H y qué efectos producen en la escolarización de los mismos. (Viedma, Río Negro 2016-2017)

A partir de las reflexiones a las que pudimos acceder por medio de esta investigación y la constatación empírica/documental, logramos establecer que en nuestro país, esta problemática cobró un auge importantísimo en el campo educativo durante la década del 90'. Pasando a ser definido por la medicina y la psicología como un *trastorno de la infancia* que afecta la capacidad de concentración, atención y que en algunos casos, aparece asociado un exceso de movimientos. En cuanto a sus causas, según las diferentes perspectivas, se lo supone producto de cuestiones orgánicas o como un *constructo social* que encubre la intolerancia de la sociedad frente a toda conducta que se aparta de lo que se supone 'normal' o, en el caso del psicoanálisis, como efecto de la descalificación simbólica del Padre que no produce la necesaria represión.

Así, algunos profesionales del ETAP definen al TDA/H como una *'cuestión de época'* o *'moda médica'* que repercutió en las escuelas y en los consultorios privados, pero que en la actualidad 'desapareció' del escenario escolar, ya que, la impulsividad-hiperactividad que lo caracterizaba, ahora, se asocian a 'problemas de conductas' y/o 'situaciones de violencia'.

Sin embargo, ese modo de estar en el aula 'en las nubes', y/o 'sin parar de moverse' de los niños/as se cuele en el decir sobre la práctica de varios profesionales y sobre todo en los directivos dando cuenta que la problemática está vigente y sigue aquejándolos.

Así, profesionales del ETAP y directivos coinciden en suponerle un origen orgánico por lo cual el saber sobre el mismo recae en el discurso médico y el tratamiento princeps es el conductual- medicamentoso. Esta posición que frente a la hiperactividad e impulsividad justifica el uso de psicofármacos como 'respuesta' rápida, eficiente, prácticamente exclusiva para sostener la escolarización de los niños/as que la padecen, es muy compleja porque deja a las instituciones educativas y a los equipos técnicos en una 'pasividad' sin pregunta.

Ya a nivel de las prácticas diagnósticas se puede observar que, fuera de los procesos de inclusión, no existe normativa que regulen las mismas. Razón por lo cual, los profesionales fueron diseñando 'un saber-hacer' donde las problemáticas se 'reparten' por perfil quedando las decisiones, exclusivamente, en manos de cada profesional y en el caso puntual del TDA/H, en manos del perfil psicopedagógico.

Esto da lugar a un trabajo solitario y a la ausencia de espacios donde revisar el lugar desde dónde produce y sostienen su hacer. Y las intervenciones, en su gran mayoría, se caracterizan por responder a un sentido preestablecido que ignora la historicidad y la problemática, única e irrepetible del niño/a y a una única dirección de la cura que obtura la aparición de la demanda del sujeto. Intervenciones, que se enmarcan en una ética de las intenciones tendientes a re-acomodar /adaptar a los niños/as a las normas y pautas escolares. Y esto no es sin consecuencia, ya que, la característica 'excluyente' de las intervenciones a las que se suma el uso de psicofármacos, dejan a los niños/as fuera de

aquellos espacios y actividades diarias que conforman el colectivo escolar y que otorgan un lugar de pertenencia. Y se complejiza aún más, porque desde este *posicionamiento*, muchas veces, la escuela en su conjunto y los ETAP pierden la posibilidad tanto de escuchar lo que el niño intenta decir con esa forma de aparecer como de reconocer sus propios límites.

A partir de lo enunciado, la investigación que hemos realizado probablemente no haya logrado sino una primera aproximación que requerirá de nuevas investigaciones para avanzar en niveles de mayor profundización, pero nos permite señalar que el efecto más relevante que la posición de los profesionales produce en la escolarización de los niños sospechados o diagnosticados con TDA/H es ubicarlos en un único lugar posible: el del déficit y la objetivación. Así, las trayectorias diseñadas se caracterizan por estrategias signadas, como ya se expresó, por 'la exclusión de niños/as del ámbito socio-escolar' (ya sea, por la vía de la escolaridad domiciliaria asistida por tutores o restringiéndole ciertos espacios escolares). Y por sostener conocimientos automáticos y repetitivos, dejando por fuera todo lo concerniente a la socialización y a la apropiación de aprendizajes significativos.

Esto se produce en el marco de una escuela que se muestra con dificultades para instituirse como Otro social, y desde esa posición de terceridad atribuir un sentido, aunque ilusorio, para el aprender, para el límite, para la castración. Es decir, en una relación donde un niño con su hacer disruptivo intenta dar cuenta de su 'dificultad para entender el sentido de las pautas socio-escolares y aceptar el con-vivir junto a otro' y una escuela que con su renunciamiento empobrece o anula la construcción de condiciones de posibilidad para la tan mentada inclusión escolar.

## Sugerencias

Los resultados de este estudio nos abren la posibilidad por un lado, para seguir profundizando sobre las prácticas psicopedagógicas que se ponen en juego, a la hora de responder a las demandas escolares ante las múltiples y complejas situaciones que padecen y sufren no pocos niños/as y adolescentes en nuestra sociedad.

Asimismo, y a pesar de lo preliminar de sus categorías también sirve de base para realizar un análisis reflexivo, crítico de las prácticas diagnósticas e intervenciones seleccionadas en un sentido general y específico de la problemática.

En este punto cabe aclarar que lejos de pretender dar consejos, y sobre todo siendo respetuosos de su saber-hacer, consideramos en sentido amplio, la posibilidad de interpelar, desnaturalizar, deconstruir e interrogar los discursos hegemónicos e imperantes en una época, que tienden a la instalación de lo considerado esperado, normal, o patológico. Para que dichos diagnósticos y tratamientos no se fundamenten solo desde la clasificación, medición y observación de las conductas y comportamientos de los niños/as, generando la coagulación de su subjetividad a partir de quedar fijada a un significante científico.

A su vez, proponemos la visualización, regularización, reflexión y control de las leyes y resoluciones educativas, tanto nacionales como provinciales, en la medida en la que están dirigidas a un sujeto en su recorrido escolar singular e irrepetible. Sin embargo en las prácticas cotidianas dichos marcos regulatorios no se vieron reflejados y contemplados, anulando el derecho a la educación.

Por otro lado, en un nivel más específico de la problemática, consideramos fundamental realizar intervenciones psicopedagógicas orientadas de manera primordial a generar procesos subjetivantes, capaces de acompañar, contener, sostener y atender las dificultades que manifiestan los niños/as; para poder desde ahí, correrlos del lugar del déficit, de los que no pueden, de la patologización y medicalización.

Así, resulta fundamental, comenzar a crear espacios donde re-pensar el 'saber-hacer' de algunos conocimientos que sostienen las prácticas, usando como insumo algunos puntos detectados en este trabajo como ser:

Que, con respecto al TDA/H aún no hay un indicador clínico que dé cuenta que la desatención y/o hiperactividad responde a una causa orgánica, por tanto, es indispensable comenzar a rescatar los estudios que nos advierten que los motivos, factores o causas pueden ser múltiples. A su vez, por ser sujetos en vías de constitución subjetiva, los abordajes deben ser pensados de manera temporaria y transitoria, para evitar encapsular y sofocar las dificultades.

Que se realicen diagnósticos y tratamientos donde se incluyan aspectos socioambientales, emocionales y orgánicos, para realizar intervenciones integrales que atienden los múltiples factores etiológicos que pueden dar cuenta de lo que le sucede a un niño/a

Que pese a la "falta de tiempo", las urgencias y el exceso de demandas escolares, el trabajo en soledad es arduo y en ocasiones poco fructífero, por ello, como la normativa lo indica, la consulta al compañero, al grupo se torna necesaria. Es decir, analizar formas de crear condiciones de posibilidad, generar espacios de trabajo interdisciplinario, de trabajo en red y de supervisión donde se pueda indagar, reflexionar y reconocer los

propios límites, un no saber que prime ante el significativo científico e incorporar nuevos, intercambios y miradas más complejas.

En síntesis, estamos convencidos que solo teniendo un posicionamiento formado, comprometido, crítico, situacional, relacional y múltiple se generan condiciones institucionales y subjetivas para que más allá de la situación y pronóstico se pueda sostener trayectorias escolares capaces de alojar a los niños/as como alumno, evitando 'esos' mecanismos excluyentes, que por naturalizados dejaron de ser interrogados para otorgarles un lugar de pertenencia, el acceso al lazo social, condiciones necesarias para que algo del deseo de aprender advenga.

## Referencias

- Baraldi, C. (2015). Diagnóstico en la infancia. Signo y síntoma. En Untoiglich, G. (coord.). Diagnósticos en la infancia en búsqueda de la subjetividad perdida. Inteligencia un debate desde la complejidad. Documentos sobre ADD / ADHD. p. 18-29. Editorial Noveduc. Colección, Ensayos y Experiencias. Buenos Aires.
- Benasayag, L., et al. (2017) ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad ¿una patología de mercado? Una mirada alternativa como enfoque multidisciplinario. Iaed-Buenos Aires. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Bertoldi, S y Porto, M. (2008). La Asistencia Técnica en el Nivel Medio del Sistema Educativo Rionegrino: Marchas Y Contramarchas. Publicado en Revista Pilquen, Sección Psicopedagogía, Año X N° 5, 2008.
- Bianchi, E. (S/A) El déficit de atención con hiperactividad (ADHD). Indagaciones acerca de la normalidad estadística en el cuerpo del niño. Recuperado de: [http://webiigg.sociales.uba.ar/iigg/jovenes\\_investigadores/5jornadasjovenes/EJE7/Bianchi%20-%20El%20Deficit%20de%20Atencion%20con%20Hiperactividad\\_doc.pdf](http://webiigg.sociales.uba.ar/iigg/jovenes_investigadores/5jornadasjovenes/EJE7/Bianchi%20-%20El%20Deficit%20de%20Atencion%20con%20Hiperactividad_doc.pdf)
- Brown, Thomas. (S/A) Una nueva comprensión de Déficit de Atención e Hiperactividad (ADD/ADHD). En el Blog Brown Clinic for Attention and Related Disorders. Recuperado de: <http://www.drthomasebrown.com/una-nueva-comprension-de-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-add-adhd>

- Cardinal, P y Pérez, M. (2011). Intercambio de experiencias y saberes. ¿Qué ves? El diagnóstico psicopedagógico desde una perspectiva clínica. La Plata, 2011.
- Cardo, E. y Servera-Barcelo, M. (2005) Prevalencia del trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad. En Revista Neurología. Año 2005, 40 (Suple 1). Mallorca. p. S11-S15.
- Consenso de profesionales del área de la salud sobre el llamado "Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Publicado en Untoiglich, G (coord.) Diagnósticos en la infancia. Colección ensayos y Experiencias. Ediciones Novedades Educativas. Buenos Aires. 2005. p. 133-138 y En Revista EPsiBA (Escuela Psicopedagógica de Buenos Aires). N° 12. Octubre 2006. Buenos Aires. ISSN° 0328-2422. p. 41-45.
- Dueñas, Gy Kligman, C. (2009). La patologización de la infancia: Reflexiones acerca del impacto de ciertos discursos y prácticas de la Psicología y la Psicopedagogía en el ámbito educativo. En Revista Signos Universitario Vol. 28 Núm. 44, Año 2009. Buenos Aires. p. 103-111.
- Dueñas, G. (2013) Niños en peligro. La escuela no es un hospital. 1ª Ed- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico. Noveduc.
- Dueñas, G. (2013). La compleja trama de la violencia en las escuelas. La patologización y la medicalización de las infancias como una forma de expresión de la violencia simbólica dirigida a los escolares. En Revista Aprendizaje Hoy. Revista N° 86. AÑO: XXXIII, Diciembre del 2013, pp. 7-17. Buenos Aires.

- Dueñas, G. (2010). La patologización y medicalización de la infancia y los "derechos de los niños" en juego. En Revista Aprendizaje Hoy N°77 AÑO XXXI, Agosto de 2010, pp. 17-24. Buenos Aires.
- Fernández, A. 2000 La inteligencia atrapada. Abordaje psicopedagógico clínico del niño y su familia. 1ed, 15°reimp. Buenos aires. Nueva Visión.
- Fernández, A. (2006). La atencionalidad atrapada. En Prestar atención a la hipoactividad pensante. En Revista EPsiBA /DOCE. N°12. Octubre 2006. p. 7-17 Buenos Aires.
- Fernández-Jaén, A. y Fernández-Mayorales, D. (2010) Medicamentos estimulantes en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. En Revista Jano Vol. N°1676, Junio 2010. España. p. 69-72. Recuperado de: file:///C:/Users/Pau/Downloads/janomedicamentosestimulanteseneltratamientod eltdah.pdf
- Freud, J. (2014). Sobre O TDAH: Transtorno ou invenção?. *Ciência e Cultura*, N° 66(1), p.54-57.J
- Janin, B. (2006) El ADHD y los diagnósticos actuales en la infancia: la complejidad de las determinaciones. En Revista SEIPNA, Cuaderno de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente N° 41/42, año 2006, p. 83-110.
- Janin, B. (2006). Los niños desatentos y/o hiperactivos: algunas reflexiones. Bs. As. Recuperado de: <https://deorientacion.files.wordpress.com/2010/12/desatentos-hiperactivos.pdf>.

- Janin, B. (2007) La medicalización de los niños o como silenciar la infancia. La sociedad de asfalto. En Revista Topia Año XVIII, N°49, Abril-Julio 2007, p.22
- Janin, B. (2010). Niños desatentos e hiperactivos ADD /ADHD: Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Buenos Aires, Centro de Publicaciones Educativas y material didáctico. Noveduc
- Janin, B. (2012). *El sufrimiento psíquico en los niños: Psicopatología infantil y Constitución Subjetiva- 1º ed.1ra reimpre. – Buenos Aires. Centro de Publicaciones Educativas y material didáctico. Noveduc*
- Janin, B. (2013). El DSM y la medicalización de los niños. En patologización de la infancia. Periódico Mensual: Actualidad Psicológica, Marzo 2013 Año XXXVIII N°416. Buenos Aires. p. 8-10.
- Kupfer, M. (2004). Reprimir para libertar: consideraciones sobre la libertad y la represión en el aula. En: Revista Pilquen N° 6. Revista del Centro Regional Zona Atlántica, de la Universidad Nacional del Comahue. pp. 123-132.
- Levin, E. (2015). ¿Qué nos enseñan los niños en los diagnósticos actuales?. En Untoiglich, G. (coord.). Diagnósticos en la infancia en búsqueda de la subjetividad perdida. Inteligencia un debate desde la complejidad. Documentos sobre ADD / ADHD. p. 55-68. Editorial Noveduc. Colección, Ensayos y Experiencias. Buenos Aires.
- Martínez-León, N. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. En *International journal of clinical and health psychology*, N° 6(2), p. 379-399.

Mulas, F., Mattos, L., la Osa-Langreo, D., y Gandía, R. (2007). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: a favor del origen orgánico. *Revista de Neurología*, N° 44(Supl 3), p.47-49.

Porto, M y Sánchez, D. (2011). La Intervención de los Equipos Técnicos: entre las normativas y la demanda de las Instituciones del Nivel Medio. Publicado en *Revista Pilquen. Sección Psicopedagogía .Año XIII N° 7.*

Tizio, Hebe (2003). La posición de los profesionales en los aparatos de Gestión del Síntoma. En: *Reinventar el vínculo Educativo: Aportes de la pedagogía Social y del psicoanálisis.* Tizio, Hebe (coord.) Ed. Gedisa. Barcelona, España.

Toporosi, S. (2009). Acerca de los niños con déficit de atención e hiperactividad. En *Revista Digital Topia*, Septiembre 2009. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/acerca-de-los-ni%C3%B1os-con-d%C3%A9ficit-de-atenci%C3%B3n-e-hiperactividad>

Tumburu, Carlos (2017) ¿Un síntoma de la infancia o una problemática de época? En *Revista aprendizaje hoy AÑO XXXVII N° 95 p. 43-54*

Untoiglich, G (2008) Alejo es A.D.D. Abordando el dolor (de un niño) en un diagnóstico" cap. N°9. En Schlemenson, S. (comp.) (2008) *Niños que no aprenden. Actualizaciones en el diagnóstico psicopedagógico.* 1ed, 5°reimp. Buenos Aires: Paidós p.119-130.

Untoiglich, G., Wettengel, L., Szyber G. (2012). Agosto, un tirano solitario. Tres perspectivas. En Untoiglich, G., Wettengel, L., Szyber G. En *Patologías actuales en la infancia: bordes y desbordes en clínica y educación.* (p. 199-218) -1ª ed. 1ª reimp.- Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.

# Anexos

### **ANEXO N°1: Exposición y posterior publicación.**

Durante el proceso de investigación, se realizó un escrito con el fin de presentarlo en el “II Simposio de Jóvenes Científicos del CURZA, en el marco de las V Jornadas de Investigación y Extensión organizado por la Secretaría de Investigación del Centro Universitario Regional Zona Atlántica- UNCo. Viedma 7, 8 y 9 de Junio de 2016” y posteriormente se publicó en la Revista Digital El Hormiguero: Psicoanálisis Infancia/s y adolescencia/s. 2017

#### **En tiempos de tesis: “la construcción del problema”.**

##### **Abstract**

Hoy asistimos a una sociedad donde se busca acallar todo aquello que no se adapta a los parámetros de lo esperado, de lo normal. Donde un niño o niña inquieto, desatento, distraído, desafiante causa malestar e interpela las estrategias escolares de resolución. Donde son muchos los profesionales de salud y educación que (d) enuncian una creciente patologización y medicalización de nuestras infancias y adolescencias y más puntualmente, del llamado: *trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*.

En esta oportunidad, quiero compartir con Uds. el recorrido realizado en la construcción “del problema” que me propongo indagar en mi tesis. El cómo llegue a considerar - a partir de identificar un número significativo de investigaciones a nivel internacional como nacional sobre esta temática- que entre lo que aún no se sabe y por eso la investigación, en este caso psicopedagógica, necesita indagar es: el posicionamiento que adoptan los psicopedagogos que integran los ETAP

llamados a diagnosticar las problemáticas que presentan en su escolarización los niños/as sospechados o rotulados con la “sigla” ADD-H. y que efectos producen.

##### **Abstract**

Today we are witnessing a society where people are trying to silence everything that does not fit the parameters of what is expected, what is normal. Where a restless,

inattentive, distracted, challenging child causes discomfort and challenges school strategies for resolution. Where there are many health and education professionals who (d) enunciate an increasing pathologization and medicalization of our infancy and adolescence and more punctually, the so-called: attention deficit disorder with or without hyperactivity.

In this opportunity, I want to share with you the journey made in the construction of "the problem" that I intend to investigate in my thesis. How does it come to consider - from identifying a significant number of research at the international level as a national on this subject - that among what is not yet known and why research, in this case psychopedagogical, needs to investigate is: the positioning that Adopt the psychopedagogues that integrate the ETAP

Called to diagnose the problems presented in their schooling children suspected or labeled with the "abbreviation" ADD-H. And what effects they produce.

### **Título: En tiempos de tesis: "la construcción del problema".**

En el trabajo titulado: "En tiempo de tesis: la construcción del problema.", se presentaron una serie de consideraciones que me parecieron oportunas compartir en el marco del "II Simposio de Jóvenes Científicos"

Carlos Sabino, en su texto "Como hacer una Tesis y elaborar todo tipo de Escritos" del año 1993, explica que "no es lo mismo escoger y delimitar un área temática que plantearse un problema de investigación". (p. 81) Mientras un área temática es algo que el investigador encuentra previamente establecido, plantear un problema significa seleccionar de ella un campo concreto, es decir, haber encontrado algún punto que amerita realizar una indagación puesto que, sobre el mismo, hay conocimientos insuficientes o poco confiables.

Pero una cosa no va sin la otra, ya que es preciso intentar centrar nuestro problema de investigación dentro de un área temática que nos resulte de algún modo conocida. Porque como dice el autor no se puede pretender aportar nuevos conocimientos si no se tiene una idea bien definida de cuáles son los ya existentes, solo así se puede "formular un problema de investigación que sea efectivamente capaz de resolver" (1993, 86). Asimismo agrega que dichos conocimientos pueden provenir de lecturas sistemáticas, de

cursos o seminarios, o de haber realizado un trabajo práctico en el campo de acción correspondiente.

Esta conceptualización en mi trabajo de tesis comenzó a materializarse cuando empecé a transitar por los conocimientos ya acumulados sobre los diagnósticos actuales en el campo de las infancias y adolescencias.

Así, lo primero, fue concurrir junto a un grupo de compañeras en el año 2013 al IV Simposio internacional sobre patologización de la infancia<sup>118</sup> en el cual diferentes profesionales del área de salud y educación expusieron su preocupación y debatieron sobre la tendencia en los diagnósticos -en estas últimas décadas- a Patologizar y Medicalizar las infancias-adolescencias.

A mi regreso, el haber participado en este debate me permitió comenzar a resignificar muchos de los conocimientos recibidos en diferentes cátedras de la carrera, sobre todo en aquellas que propiciaban conocer las posiciones teóricas-metodológicas puestas en juego por los profesionales psicopedagogos a la hora de abordar las problemáticas que padecen muchos niños en su tránsito escolar, y analizar como muchas de ellas son solidarias a esta sociedad que busca acallar todo aquello que no se adapte a los parámetros de lo esperado, de lo normal. Una sociedad tomada por la urgencia de suprimir rápidamente los tiempos para enfermar, transitar un duelo, una depresión, una angustia, mediante el consumo de psicofármacos, terapias breves o reeducativas de reordenamiento y control conductual.

A esto se sumó, contar con la posibilidad de realizar prácticas de pregrado como las que proponen las Clínica Psicopedagógica I y II de la Carrera de Psicopedagogía del CURZA - Universidad Nacional del Comahue<sup>119</sup>, las cuales me permitieron identificar como aquellos niños/niñas inquietos, desatentos, distraídos, desafiantes causan malestar e interpela las estrategias escolares en su intento de resolverlo. Razón por lo cual, no es

<sup>118</sup> <http://www.fundacionlumini.org.ar/congresos-foros/34103/iv-simposio-internacional-sobre-patologizacion-de-la-infancia-ciudad-de-buenos-aires>

<sup>119</sup> En el marco de acuerdos operativos firmado entre las Supervisiones de Nivel Primario y el Departamento de Psicopedagogía en el marco del Convenio entre el Consejo Provincial de Educación (C.P.E.) de la Provincia de Río Negro y el Centro Universitario Regional Zona Atlántica (C.U.R.Z.A) de la Universidad Nacional del Comahue, con el propósito de llevar adelante un trabajo conjunto de atención psicopedagógica de la población escolar.

El Departamento de Psicopedagogía asigna las tareas de asistencia psicopedagógica (diagnóstico y tratamiento) a niños/as (individual y/o grupal), a las cátedras *Clínica Psicopedagógica I (Diagnóstico)* y *Clínica Psicopedagógica II (Tratamiento)* que se dictan en el cuarto (4to) y quinto (5to) año respectivamente, de la carrera Licenciatura en Psicopedagogía

extraño encontrar que, muchas veces, tanto padres como instituciones en el intento por resolver los conflictos e inconveniente que generan esos niños-alumnos que no responden según los tiempos y lógicas esperadas, terminan avalando las citadas prácticas de patologización y medicalización infantil. En otras palabras, es en la urgencia por suprimir ese malestar que se lo clasifica y borra todo lo que es propio para introducirlo en la generalidad. Este saber-hacer con el malestar, como afirma María Sol Goncalvez da Cruz (2006), “enmudece lo que podría decirnos sobre esa persona- y en otro plano de análisis- también sobre nosotros mismos, como profesionales y como sociedad” (p.22)

Paso siguiente, intente recortar de la urgencia clasificatoria de estos tiempos que deviene en *patologización y medicalización* de nuestras infancias y adolescencias, la que sostiene al diagnóstico del *Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*, basado en las categorizaciones del DSM. Diagnóstico que, generalmente, prescribe un tratamiento medicamentoso al que se le suele sumar indicaciones de modificación conductual dirigidas al niño, a sus padres y maestros.

Y este recorte me pareció muy oportuno porque los protocolos de mis prácticas y la de mis compañeras, a los que aludí anteriormente, me permitieron observar como la adjetivación “inquieto”, “desatento”, “distraído”, “desafiante”, efectivamente, causan malestar al campo escolar y en el intento de sofocarlo se interviene tapando el tiempo subjetivo del alumno con un rotulo que pasa a designar de ahí en más su forma de ser y estar en la escuela. En este caso, un ADD o ADD-H

Asimismo, esta posición encuentra su respaldo en el documento elaborado y elevado en el año 2005 al Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación por un grupo de reconocidos profesionales del área de la salud y educación de nuestro país. En él denuncian que “suele no ser tomado en cuenta” el acuerdo de la comunidad científica acerca de que lo que se denomina A.D.D./A.D.H.D. Y recuerdan que con ese nombre “se agrupan múltiples expresiones del sufrimiento infantil que merecen ser consideradas en su singularidad y tratadas teniendo en cuenta su multideterminación” (2006, 44). Cabe aclarar que este documento fue suscripto por más de mil profesionales de Argentina, Brasil, Uruguay, México, España, Italia, Suiza y Colombia.

En concordancia con estos postulados entiendo al *diagnóstico del ADD-H* desde un pensamiento complejo, el cual se manifiesta como síntoma en donde comienzan a

entretrejerse los factores sociales, históricos, culturales, subjetivos, familiares, escolares y fundamentalmente singulares de los niños.

En síntesis, es la práctica la que descubre como, en muchos casos, la intervención medicamentosa solo acalla el síntoma perdiéndose la oportunidad de que un niño, su familia, incluso los profesionales exploren las causas de su sufrimiento para poder aliviarlo. Y también, como muchas de las estrategias a nivel escolar que intentan resolver estos problemas tales como: reducción horaria, retiro del niño de los momentos comunitarios, fiestas, formación para saludar a la bandera, etc. en la mayoría de los casos solo trae consigo 'la exclusión'.

En este punto, creí conveniente traducir la idea anterior "de que los profesionales puedan explorar sobre las causas del sufrimiento de un niño/niña para poder aliviarlo, como la posibilidad de los mismos para interrogarse sobre su saber-hacer. Ya que pienso que la falta de dicha interpelación no es sin consecuencia en la medida en la que no habría alivio, entonces, la problemática seguiría con su consecuente malestar, malestar que en el espacio escolar alude, siguiendo los decires de María del Carmen Porto y Daniela Sánchez (2011), a lo 'irreductible' de cada situación compleja que se juega en ese escenario y que torna la profesión de educar imposible. Malestar que tiene que ver, en parte, con la dificultad de poder establecer distancias con lo que nos incomoda, conmueve o enoja para interrogar lo que molesta e identificar 'ese' límite irreductible en la situación que estamos llamados a abordar y poder, desde ahí, crear 'formas de hacer posibles', en término de hacer posible lo imposible de educar. Pero si como expresa Fernando Ulloa, educar, curar u gobernar más que profesiones imposibles son empresas utópicas, la utopía válida del intento, entonces, el malestar no interrogado deja a los sujetos de la educación encerrados en la queja y el cansancio" (p. 4-5).

Así, algo empezaba a recortarse como problema: en el marco de la creciente patologización y medicalización de las infancias-adolescencias que irrumpe en las instituciones escolares como la solución exitosa para terminar con los problemas de aprendizajes, de conductas y fundamentan la derivación de todo niño/a que se presente "inquieto", "desatento" o apático... las prácticas diagnósticos del llamado *trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad* que llevan adelante los profesionales que integran los ETAP y entre ellos la del psicopedagogo por ser receptor de dichas

derivaciones, ya que coincidiendo con el planteo de Alicia Fernández (2000) el debate crítico sobre los diagnósticos de ADD y ADHD y las cuestiones que de allí surgen concierne a “los profesionales dedicados a los aprendizajes y sus vicisitudes”.

Frente a este primer recorte, fue necesario bucear aún más sobre los conocimientos ya existentes productos de estudios e investigaciones. Así, lo que encontré fue un número significativo de investigaciones a nivel internacional como nacional que teorizan sobre el llamado ADD/ADD-H desde distintos abordajes y enfoques, enfatizando por ejemplo, en la etiología, las causas, los factores de riesgo, consecuencias familiares y escolares, clima familiar de autores como Fernando Perdomo y Demetrio Perdomo (1997-2000); Muñoz-Pérez y su equipo (2014); Jiménez y Villanueva (2009); Montiel-Nava, Montiel-Barbero y Peña(2005); y Belsasso, Juárez y Pontón(2007).

A su vez, hay dos estudios que aludían a los procesos de medicalización en la infancia destacando, en el caso de la investigación llevada adelante por Acosta, Corigliani, Huanca y Poch (2011) que es la escuela donde más se demanda la consulta y la medicalización de chicos. Y el estudio científico de Silvia Faraone y su equipo (2008) que la permeabilización sufrida por el discurso médico de parte de las estrategias de marketing de la industria farmacéutica produjo que conductas y/o situaciones que antes no eran medicalizadas hoy sean parte de los circuitos de tratamiento médico.

En relación al diagnóstico ubiqué cuatro investigaciones, una colombiana de Gloria Peláez (2009) y en el plano nacional, las investigaciones de Cristoforo, Rossina, Pou y Valazza (2011); Clara Barnathan (2004) y Gisela Untoiglich (2009) las cuales indican que multiplicidad de causas heterógamas que se entretajan en relación al diagnóstico del ADD-H.

Ahora bien, en lo que concierne a investigaciones en nuestro campo psicopedagógico encontré dos importantes trabajos. El de la psicopedagoga Gabriela Dueñas (2009) que focaliza en la tendencia a derivar de las instituciones educativas (docentes de gestión privada) aludiendo que esto se debe a que los docentes tienen: escasa y confusa información; baja o nula consideración de los factores socio- ambientales en la emergencia de problemas atencionales con o sin hiperactividad y temor a las reacciones negativas de los padres cuando se le comunica acerca de dificultades de conducta o aprendizaje de sus hijos.

Y la investigación llevada adelante por la psicopedagoga Alicia Fernández desde el año 2000, la cual funciona en red en cinco países. En este estudio se indaga acerca de las modalidades atencionales y sus vicisitudes en los contextos actuales, entendiendo que las modalidades atencionales que una persona despliega advienen de una construcción singular intra e intersubjetiva. Y en este contexto socio histórico, que se atraviesa conforma los modos de subjetivación, incide en la determinación del pensar, del sentir, del desear y del atender.

También, cabe comentarles que junto a todas estas investigaciones coexisten importantes aportes teóricos-prácticos que analizan las *prácticas diagnósticas actuales* en la infancia y adolescencia y en el caso del ADD-H, coinciden en señalar el riesgo subjetivo que los mismos conllevan. Entre ellos los de Clemencia Baraldi (2005); Beatriz Janin (2012), (2010); Liliana González (2000), (2001); Juan Vasen (2007); León Benasayag (2007); Esteban Levin (2005), entre otros.

En síntesis, a partir de estas lecturas concluí que la mayoría de las investigaciones que aluden al llamado ADD/ ADD-H en término de diagnóstico y tratamientos provienen de campos como el médico, sociológico, psicológico y psicoanalítico. Y que en el campo psicopedagógico la indagación se orientó hacia la problemática de las derivaciones de las escuelas y sobre la capacidad atencional y las modalidades atencionales actuales.

En consecuencia, es a partir de toda esta ardua tarea que les fui presentando, que llegue a considerar que entre lo que aún no se sabe de *la práctica diagnóstica* vinculada con el ADD-H y que la investigación psicopedagógica necesita indagar, son *los posicionamientos* de los profesionales que la llevan adelante.

Por lo tanto con esta investigación, y sin desconocer la complejidad de la temática en cuestión, el problema quedó construido de la siguiente manera:

*Cuál es el posicionamiento que adoptan los psicopedagogos que integran los ETAP llamados a diagnosticar las problemáticas que presentan en su escolarización los niños/as sospechados o rotulados con la "sigla" ADD-H. y sus efectos.*

#### Referencias:

Acosta, C, Corigliani, G, Hunca, T y Poch, J. "De la búsqueda de un nombre al encuentro de una historia: un análisis crítico acerca de los procesos de medicalización en la

infancia desde una mirada de la medicina general y la atención primaria en salud". Publicado en *XXVI Congreso Argentino de Medicina General*. Mar del Plata, 2011.

Barmathan, C. La Tesina: "Niños con TDHA, cambios en la interacción familiar a partir del diagnóstico". Argentina, 2004. [Publicación Virtual ]Recuperado <http://docplayer.es/3053197-Facultad-de-humanidades-carrera-de-licenciatura-en-psicologia-ninos-con-tdah-cambios-en-la-interaccion-familiar-a-partir-del-diagnostico.html>

Belsasso, J, Juárez, H y Pontón, P. "Trastornos por déficit de atención y comorbilidad con adicciones en una cohorte de niños, adolescentes y adultos". Publicado en *Revista MEDICOSANALES Vol.52 N° 4 Octubre 2007*. Págs. 165-173.

"Consenso de profesionales del área de la salud sobre el llamado 'Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad'. Publicado en UNTOIGLICH, Gisela (coord.) *Diagnósticos en la infancia*. Colección ensayos y Experiencias. Ediciones Novedades Educativas. Bs. As. 2005. Págs. 133-138 y en Revista EPSiBA (Escuela Psicopedagógica de Buenos Aires). N° 12. Octubre 2006. Buenos Aires. ISSN° 0328-2422. Págs. 41-45.

Cristoforo, A, Delago, R, Pou, V y Vallaza, V. "La función atencional en la generación Millenium: interrogando al diagnóstico de ADD y ADHD" .Publicado en 3er Congreso Internacional de Investigación. La Plata, 2011. Págs. 155-161.

Dueñas, G. *Niños en problemas la escuela no es un hospital*. Editorial Noveduc. Buenos Aires, 2013.

Faraone, S, Barcala, A, Torricelli, F, Bianchi, E y Tamburrino, M. "Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina." 2008. [Publicación Virtual ]Recuperado [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300002)

Fernández, A. "Situación Persona Prestando Atención (SPPA)". 2000.

Jiménez, S Y Villanueva, K. "Consecuencias familiares y escolares en los hogares de 12 niños/as diagnosticados con TDAH de la corporación HIDEA". Colombia, 2009.

[Publicación Virtual ]Recuperado

<http://www.bdigital.unal.edu.co/view/types/thesis.html>

Montiel-Nava, C, Montiel-Barbero, I y Peña, J. "Clima familiar en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad". Venezuela. Publicado en *Psicología conductual*, Vol. 13 N° 2 2005. Págs. 297-310.

Muñoz-Pérez, Perez-Garcia, J, Vichido-Luna, M, y Soto-Vega, L. "Factores de riesgo asociados con el déficit de atención en los niños con o sin hiperactividad". En *Revista Mexicana Pediatría*. Vol. 81 N°3 Mayo-Junio 2014. Págs. 89-92.

Osorio, Fernando. "Estudio Preliminar. La inadecuación funda la subjetividad". Publicado en Yannuzzi, S. Osorio, F. (Comps.) *"Inteligencia y subjetividad encrucijadas de la psicopedagogía clínica y del psicoanálisis"*. Colección ensayos y Experiencias. Buenos Aires. Ediciones Novedades Educativas. 2006. Págs. 13-22.

Pelaez, G. "Hiperactividad ¿síntoma o trastorno? ¿De qué o de quién?" Colombia, 2009.

[Publicación Virtual ]Recuperado

<http://tesis.udca.edu.co/dspace/handle/10495/2814>

Perdomo, D y Perdomo, F. "Síndrome de atención deficitaria con hiperactividad y valoración neuropsiquiátrica y respuestas al tratamiento con Metilfenidato". Cuba, 1997-2000. [Publicación Virtual ]Recuperado

<http://www.amc.sld.cu/amc/2003/v7n2/676.htm>

Porto, María del Carmen y Sánchez, María Daniela: "La intervención de los equipos técnicos: entre las normativas y la demanda de las instituciones del nivel medio". *Revista Pilquen. Sección Psicopedagogía*. Año XIII, N° 7. Indexada en Latindex, Latbook y Dialnet. Año 2011.

Sabino, Carlos A. *Como hacer una tesis y elaborar todo tipo de escritos*. Edición Ampliada Lumens Hvmánitas. 2da.edición - Caracas, 1993.

Untoiglich, G. Aspectos históricos-libidinales en niños y niñas con problemas en sus aprendizajes que manifiestan dificultades atencionales. *Versiones actuales del sufrimiento infantil*. Una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad. Editorial Noveduc Buenos Aires, 2009.

**ANEXO N°2- Protocolos diagnósticos de los niños/as sospechados o rotulados con la sigla TDA/H que participaron de los acuerdos operativos.**

**Cuadro N°4: Protocolos diagnósticos de la Catedra “Clínica Psicopedagogía I (Diagnostico)”**

Escuela- Turno- Grado	Año	Composición Familiar/ discurso de los padres sobre la problemática del niño/a.	Diagnostico/ Derivación escolar	Zona
N° 319 T.M 1er grado	2011	<p>Convive con su madre, su pareja y dos hermanos.</p> <p>La madre afirma que la causa de estos comportamientos es -“porque se enoja”-.</p> <p>Ella supone que puede ser un problema -“neurológico o genético”- que relaciona con el padre del niño y cuya solución estaría en sacar un turno al neurólogo a ver - “si le pueden dar pastillas para la hiperactividad”.</p>	<p>El motivo de derivación escolar es que el niño se muestra: disperso, deambula, se fuga del aula y tiene crisis nerviosa.</p>	Zona II, T.M.

N: 355 T.T 1er grado	2012	<p>Convive con su mamá, su papá y cinco hermanos (dos por vía materna y tres por vía paterna). Al año de edad fue derivado al neurólogo por un pediatra el cual le diagnostica “hiperactividad” y asiste a un espacio psicopedagógico durante unos meses. La madre indica que le “enseñaron a no estar tan encima de él”.</p> <p>Considera que su hijo tiene dificultades para “quedarse quieto” y manifiesta no saber qué hacer en situaciones donde el niño no la obedece. Afirma que en su casa realiza las tareas y en la escuela no, y que observa un avance a partir del cambio de docente.</p>	<p>Tanto el ETAP como la escuela resaltan las dificultades para: quedarse quieto, conductas impulsivas, problemas de conducta.</p>	Zona I. T.T.
Nº 355 T:T 1er grado	2012	<p>Convive con su madre y una de sus hermanas por vía materna. Su padre vive en otro barrio. Y su</p>	<p>Motivo de derivación: problemas de aprendizaje y de atención.</p>	Zona II T.T

		<p>hermana mayor vive con su abuela materna.</p> <p>A principio de año comienza un tratamiento psicopedagógico que deja porque le dieron “el alta”.</p> <p>Concorre a la Fundación Creando Futuro y a fonoaudiología.</p> <p>La madre de Á. comenta que es un niño “muy pegote” a ella, que en su casa también es “distraído” y “caprichoso, como es el único varoncito de la familia”.</p>	<p>La escuela y el ETAP lo presentan: Muy distraído, se dispersa muchísimo y no aprende.</p> <p>La docente describe al niño como: muy agradable, Hiperactivo, deambula por el aula”. Depende del docente para producir.</p> <p>Para ella no le responde “cognitivamente porque está trabado emocionalmente”. Que en una época “Lo notaba serio, calladito, y con cara de tristeza... Pero ahora está mucho mejor viene contento tiene ganas de jugar”.</p>	
Paulo VI T:T 4to grado	2013	<p>Convive con su madre y su hermano, quien está en momentos internado por</p>	<p>Presentan al niño a partir de su nivel escolar: problemas en la producción escrita,</p>	<p>Pertenece a ETAP privado.</p>

		<p>problemas de adicción y tiene un hijo de dos meses.</p> <p>La madre indica que el niño es noble, cariñoso, vago. Vive jugando.</p> <p>Atraviesan por diferentes desgracias familiares que llevan a que ella descuide un poco al niño, pero éste "la cansa".</p>	<p>junta palabras, no repara en la coherencia del texto, dificultades para comprender las consignas.</p> <p>Desatención,</p> <p>falta de independencia en la realización de las tareas, tiene que trabajar con la docente. Le cuesta trabajar en grupo</p> <p>La escuela plantea que el niño atraviesa problemas emocionales.</p>	
Paulo VI T.T 4to grado	2014	<p>Convive con su madre y dos hermanos menores (la más pequeña solo por vía materna).</p> <p>Desde el discurso materno se indica que el niño está concurriendo a apoyo escolar porque "le cuesta". Lo presenta: travieso, charlatán, inteligente, renegón. Violento.</p>	<p>Presentación del niño: disperso, problemas de conducta y no respeta límites.</p> <p>Falta de acompañamiento y desorganización familiar que el niño traslada a la escuela. Y a nivel pedagógico: dificultades en</p>	<p>Pertenece a ETAP privado.</p>

		<p>“Cuando vuelve de ver al padre está molesto, pateo cosas de la casa, yo dejo que se descargue”.</p>	<p>la lectoescritura (omisión de letras y errores ortográficos). Dificultades en la expresión: coherencia y cohesión.</p> <p>Matemáticas: dificultades en la comprensión de enunciados.</p>	
<p>Nº 296 T.T 2 grado</p>	2014	<p>Convive en el invierno (por problemas de humedad) con sus dos abuelos maternos, junto a un hermano mayor y dos hermanos menores, su mamá dos tíos. Su padre vive en la vivienda propia para cuidarla.</p> <p>El discurso familiar la describen como “un caso especial”: distraída, rebelde, caprichosa.</p> <p>Consentida por la abuela y apegada a la madre.</p> <p>Para la madre el problema de la niña está asociado a la “apnea”</p>	<p>Derivan porque a la niña: le cuesta expresarse, socializar y comunicarse con sus compañeros</p> <p>Muy distraída, insegura y muy dependiente de la maestra.</p> <p>Vocabulario empobrecido y dificultades para hacerse entender.</p> <p>No está alfabetizada, dificultades en la lectoescritura y el cálculo.</p> <p>Presenta adecuaciones</p>	<p>Zona IV. T.T</p>

		que tuvo al nacer y los problemas respiratorios. Y para el padre por su "falta vinculación".	curriculares pero no hay avances.  La escuela considera que los problemas de la niña responden a la vinculación con la madre pero también a un episodio de desnutrición vivido durante el embarazo materno.	
Nº355 T.M 2grado	2015	Convive con sus padres, una hermana mayor y un hermano menor.  La madre dice que en la casa se comporta como en la escuela "para hacer la tarea tengo que estar encima. Yo le digo que tiene que hacerla solita. Estoy con ella y la hace, pero me voy y se desconcentra".	Es derivada porque presenta dificultades para atender y realizar sola las tareas, necesitando continuamente el acompañamiento de la docente.  La docente dice que "no es una "cuestión pedagógica", ya que "puede avanzar con el resto de sus compañeros si yo estoy atrás".	Zona II. T.M

		<p>Considera que el modo de presentarse de la niña se vincula por un lado con la sobreprotección familiar, pero también con la diferencia que los padres establecen con su hermana mayor respecto a los tiempos de la alfabetización. La escuela cree que la desatención, dispersión, y necesidad de la presencia de otro para hacer, están relacionadas con la dinámica familiar. Anteriormente la escuela había solicitado la realización de una consulta fonaudiológica y neurológica para la niña.</p>	
Nº200 T.M 3er grado	<p>Convive con su padre, su madre y sus cuatro hermanos.</p>	<p>La derivación es llevada adelante por problemas de</p>	<p>Zona II. T.M.</p>

La madre dice que “en la casa es como en la escuela”. Es un niño “inquieto”, “rezongón”, que molesta a los chicos, que “pega e insulta cuando se enoja”.

conducta y falta de límites”.

La escuela y el ETAP plantean que el niño: “no respeta límites”, “es irrespetuoso con los adultos”. En el aula “es disperso”.

“Es inteligente, pero vago”.

La escuela dice no contar con el apoyo familiar.

N°349  
T.T  
1er grado

2012 Vive en la casa de los abuelos paternos con su padre, su hermano, sus abuelos y sus tíos y un hijo de la pareja.

La describe como: “especial”, “hiperactiva”, “tremenda”, que “hay que tenerle paciencia porque ha sufrido por el abandono materno”.

Motivo de la derivación: problemas de conducta que interfieren en el aprendizaje.

La presentan como: inteligente pero que no hace nada. Insulta pero también es amorosa. Tiene problemas de límites

Zona III.  
T.T

			<p>“Le cuesta realizar actividades áulicas”, “hacer caso”, es “inquieta”. La escuela parece vincular el problema a “cuestiones emocionales-familiares” (por ejemplo, golpes y abandono de parte de la madre) y espera que el padre ponga los límites adecuados para que “la niña se acomode en su situación emocional y el aprendizaje se va a dar como algo normal”.</p>	
--	--	--	---	--

## ANEXO N°3 – Formato de Entrevistas y Entrevista a los profesionales

### Formato de Entrevistas

#### Entrevistas a los profesionales del ETAP

- Presentación del profesional:
  - Sexo:
  - Formación Profesional:
  - Antecedentes laborales
  - ETAP al que pertenece:
  - Escuelas que atiende:
  - Características de la población estudiantil que asisten a esas instituciones escolares:
  - Principales problemáticas que se presentan y las estrategias de abordaje que utilizan.
    - Trabajo con la Universidad
  - Participación en el trabajo conjunto del ETAP y las cátedras de Clínica Psicopedagógica I y II de la carrera de Psicopedagogía de *atención psicopedagógica* de la población escolar en el marco del acuerdo operativo de las distintas supervisiones de nivel primario con el CURZA.
  - Para efectuar las derivaciones ¿cómo seleccionan la población con las escuelas?
  - ¿Qué esperan de los diagnósticos? Realizan seguimiento de estos niños.
  - ¿Qué problemáticas no derivan? Como abordan esos casos porque por normativa los ETAP no realizan tratamiento pero si realizan diagnósticos.
  - ¿En qué consisten estos abordajes diagnósticos y a partir de ellos que estrategias generan?
    - Sobre el diagnóstico del TDA/H

-¿Entre las demandas escolares en las que participaste apareció alguna situación vinculada con el tema del TDA/H?

- ¿Hay alguna posición tomada con respecto a esta problemática desde el ETAP o en consenso con las escuelas?

- En la derivación se habla de problemas de aprendizajes con expresiones tales como: “Se dispersa”, “Se distrae”, “Vuela”, “No se concentra” ¿en qué padecimiento se está pensando? ¿Sobrevuela algo del TDA/H en estos comentarios?

-¿Y cuándo se habla de golpes, interrupciones, problemas de conducta, desorganización, desprolijidad, etc.?

- Hay alguna razón o acuerdo para insistir en estas descripciones y dejar de nombrarlo como en la década del 90' con la sigla TDA/H. O hablar de hiperactividad.

-En qué casos sí consideran que se trata de un trastorno de la atención con o sin hiperactividad y no de un problema de conducta o de aprendizaje.

-Consideran importante para el diagnóstico la participación del pediatra o neurólogo. ¿Por qué? ¿En qué sentido? -¿Qué piensas de los psicofármacos?

-¿Qué piensas del tratamiento de esta problemática?

- Posición personal-profesional

-¿Cuál es tu posición al respecto?

-¿Hay alguna relación entre el estar distraído y la llamada falta de límites?

- Se puede estar disperso y aprender, ¿te acordas de alguna situación? Como fue trabajada la problemática.

-En ambos casos ¿dónde ubicarías las principales causas?

- Cuales son las técnicas y/o instrumentos que utilizas para la indagación de esta problemática u de otras, que piensas sobre el niño, sus padres, la escuela, el aprendizaje, etc.

- Recordas de algún niño/a diagnosticado/a o sospechado/a de TDA/H cual ha sido su trayectoria escolar.

-Cuáles son los principales problemas que se le presenta a lo largo de la escolaridad.

-Muchas veces, las escuelas aluden a adecuaciones curriculares ¿con que criterios se deciden entre las adecuaciones llamadas institucionales de las que requieren de un diagnóstico para definir la inclusión de un alumno?

- Según tu modo de pensar qué se persigue con estas determinaciones y cuáles son los resultados.

- Sobre la trayectoria de los niños

-¿Qué es el aprendizaje?

-¿Qué es la enseñanza?

-¿Cómo entienden el proceso de aprendizaje de un niño/a?

-¿Quiénes participan y diseñan las trayectorias escolares?

- Efectos que producen los diagnósticos

-¿Qué lugar le otorgas a los diagnósticos en estas trayectorias

-Consideras que se podría modificar o implementar otro tipo de estrategias para paliar las consecuencias.

Que pasa en el pasaje de nivel, Uds. tienen algún tipo de acercamiento con los ETAP del nivel medio para la continuidad escolar de alguno de estos niños/as.

### Entrevistas a los directivos escolares

- Presentación del profesional:

-Escuela:

- Sexo:

- Formación Profesional:

- Antecedentes laborales:

-Características de la población estudiantil de la escuela.

- Principales problemáticas que se presentan en la escuela y las estrategias de abordaje que utilizan.

- ¿Qué es un alumno?

-¿Qué es el aprendizaje?

-¿Cómo entiendes el proceso de enseñanza y aprendizaje?

- Trabajo con la Universidad

-Participación en el trabajo conjunto del ETAP y las cátedras de Clínica Psicopedagógica I y II de la carrera de Psicopedagogía de *atención psicopedagógica* de la población escolar en el marco del acuerdo operativo de las distintas supervisiones de nivel primario con el CURZA.

-¿Cómo seleccionan la población que derivan al Etap?

-¿Qué esperan del trabajo de la Universidad?

- Sobre el diagnóstico del TDA/H

-¿Entre las derivaciones escolares en las que participaste apareció alguna situación vinculada con el tema del TDA/H?

- ¿Hay alguna posición tomada desde la institución con respecto a esta problemática?

- ¿Qué piensan o entienden cuando las docentes indican que un niño en el aula? “Se dispersa”, “Se distrae”, “Vuela”, “No se concentra” ¿Sobrevuela algo del TDA/H en estos comentarios?

-¿Y cuándo se habla de golpes, interrupciones, problemas de conducta, desorganización, desprolijidad, etc.? ¿Se piensa en un diagnóstico de Hiperactividad?

-Consideran importante para el trabajo con el niño la participación del pediatra o neurólogo. ¿Por qué? ¿En qué sentido?

-¿Conoces el tratamiento de esta problemática, que piensas del mismo?-¿Qué piensas de los psicofármacos?

- Posición personal-profesional

-¿Cuál es tu posición al respecto?

-¿Hay alguna relación entre el estar distraído y la llamada falta de límites?

- Se puede estar disperso y aprender, ¿te acordas de alguna situación? Como fue trabajada la problemática.

-En ambos casos ¿dónde ubicarías las principales causas?

- Recordas de algún niño/a diagnosticado/a o sospechado/a de TDA/H puedes relatarnos algo de su trayectoria escolar.

#### CASO CLINICO

-En el marco del acuerdo, una de las derivaciones que tenía muchos signos de desatención y/o inquietud se realizó en el año X, el niño tenía X años, e iba a X grado. ¿Recordas?

Y en el año X, un niño también de X años, llamado X presentaba grandes síntomas de distracción y desatención según lo que escribió la escuela en su derivación. ¿Lo recordas?

¿Qué seguimiento se hizo de ese niño y como fue evolucionando o involucionando su problemática?

-Consideras que se podría modificar o implementar otro tipo de estrategias para paliar las consecuencias.

## Entrevistas:

### Entrevista N°1: Psicopedagoga

- Presentación del profesional:

Sexo: Femenino

Formación Profesional: Universidad del Salvador, Licenciada en Psicopedagogía.

Antecedentes laborales: 2007 hasta la actualidad ETAP, como Técnica Pedagoga.

2013 hasta la actualidad CITRADI, en consultorio privado.

ETAP al que pertenece: Zona II, el cual está compuesto por un Psicopedagoga, un Técnico social y un Fonoaudiólogo. Trabajan en equipo. Un día a la semana, leen las demandas y consideran entre las tres personas quienes van a trabajar en cada caso.

Generalmente trabaja en dupla con el fonoaudiólogo.

Escuelas que atiende: N° 2, N°30, N°249 (Juncal), N°67 (Monte Bagual), N°355, N°336 y N°297.

E1<sup>120</sup>: ¿Cuáles son las principales características y problemáticas que presenta la población estudiantil que abordan?

E2<sup>121</sup>: Las características de la población estudiantil depende de cada escuela, Por ejemplo no es lo mismo el trabajo en las instituciones rurales a otras instituciones educativas como por ejemplo en la escuela N° 2 o la N°30 (escuelas céntricas).

Generalmente la clase social o carencias económicas van delineando las problemáticas.

---

<sup>120</sup> Referencia Entrevistadora

<sup>121</sup> Referencia Entrevistada.

En las escuelas rurales se presentan problemáticas ligadas a la comprensión, dificultad para ingresar a la lectoescritura, pero los niños son respetuosos, educados, son salvajes como todos pero es diferente a otras escuelas de la ciudad donde las problemáticas tienen que ver con la falta de límites, la trasgresión constante, problemas emocionales.

Sin embargo, las escuelas rurales no presentan en los últimos años demandas individuales sino abordajes institucionales y en cuanto a aspectos vinculares con adultos.

La población va variando depende del contexto y donde este inserta cada escuela. Generalmente lo que se está demandando en la actualidad es por violencia, maltrato social, dificultades en el aprendizaje que están más vinculadas a lo emocional.

Los que yo trabajo, ósea mi área, son niños con dificultades de aprender, pero la gran mayoría está asociada con dificultades emocionales, y situaciones familiares que se reflejan en los aprendizajes, pero no son niños que uno pueda decir por ejemplo por cuestiones neurológicas.

E1: ¿Cuáles son los abordajes o lineamientos de trabajo que utilizan?

E2: Hay toda una nueva línea en relación a los diagnósticos desde el equipo, donde lo que buscamos es tratar de ver las potencialidades con las que cuenta el alumno, sus virtudes, sus cosas positivas, para fomentarlas, en algún sentido potenciarlas, poder trabajar desde ahí, y ver que estrategias podemos ir aplicando con la docente, el grupo o los directivos siempre pensando en favorecer al niño opuesto a la línea de pensamiento más bien psicométrica.

El abordaje es similar en todas las instituciones; cada escuela envía un informe de la situación demandada, el día que se encuentran en el ETAP presente los profesionales de

la zona, leen las demandas y a partir de ahí se tienen las reuniones con la escuela para analizar la problemática, para ver si va a ser abordada individualmente o grupalmente.

Dependiendo la problemática vemos quien va a intervenir en el caso, si es más bien social o no. Yo personalmente trabajo mucho con la fono, es con ella que generalmente realizo los diagnóstico, trabajamos juntas para evaluar al niño.

A su vez tenemos muy buena relación con quien es nuestra supervisora, así que trabajamos mucho con ella, que tiene conocimiento de todo.

En el caso del trabajo individual tienen una serie de entrevistas con los directivos que son los que solicitan la intervención; de ahí se tienen entrevista con los padres del niño y luego pasamos a varias situaciones de observaciones ya sean áulicas, recreos, antes de comenzar el trabajo con el chico.

Generalmente en las entrevistas con los padres se le solicita que le vayan comentado a los alumnos que van a trabajar con ellos por las dificultades que presenta, sin embargo adentro del aula no lo exponen, y pretendemos que el niño no sepa de antemano así sus comportamientos y su hacer no está predeterminado.

En el caso de los nenes me presento como una seño, que voy a estar en algunas ocasiones acompañando el grupo, hay nenes que ya me conocen otros que no. Entonces les explicó que trabajo con los nenes, que generalmente les cuesta un poco más, que en esa ocasión voy a observar, a acompañar al grupo en el aula.

Luego de varias observaciones esperamos el recreo, o un ratito antes de que termine la hora, y se le hace seña al niño, se lo saca del curso y se habla con él.

E1: ¿Qué buscan con los diagnósticos?

E2: Generalmente conocer la problemática que atraviesa el niño para poder abordarla mejor.

E1: ¿Y cómo comenzas trabajando con el niño?

E2: Yo comienzo siempre consultando si sabe porque estamos ahí, y para que, conversando y viendo que información me va dando.

E1: ¿Y en el caso de los diagnósticos o intervenciones grupales?

E2: Y en lo que concierne al trabajo de modalidad grupal por ejemplo por problemas en la convivencia, se realizan talleres con los alumnos, talleres de padres, se trabaja institucionalmente con todo el equipo escolar y con los docentes los espacios de acompañamiento correspondiente.

Luego siempre se realiza una devolución a los padres, a la escuela, al docente y al niño. Siempre coloco sugerencias y líneas para seguir trabajando; siempre quedamos muy conectados. Para ir viendo... con algunas podes más con algunas docentes menos.

E1: ¿Y en esos casos como haces?

E2: Y... los docentes en la actualidad están muy cerrados, ya no le tienen tanta paciencia a los chicos, y eso los perjudica.

E1: ¿Cómo?

E2: Y... se cierran y le cierran las posibilidades al chico, ya lo sentencian a repetir, o a que no va a poder, que no sabe. Condicionan al grupo también.

Por eso yo cuando realizo los diagnósticos a la escuela van siempre con un informe, en el coloco sugerencias y líneas para seguir trabajando, después sugerencias áulicas que creo que pueden servir, yo siempre me presento como un compañero más de las docentes

que las puede ayudar, ayudar a pensar la problemática juntas para ir viendo que estrategias podemos ir probando, cuales no funcionan.

E1: ¿Has participado de los acuerdos operativos entre las distintas supervisiones de nivel primario con el CURZA, y las cátedras de Clínica Psicopedagógica I y II?

E2: Si desde hace muchos años coordinamos con la universidad, pero no me preguntes desde cuándo o cuantas derivaciones porque me matas.

E1: ¿Y en esos casos por que realizan las derivaciones, es decir como seleccionan las derivaciones que serán atendidas por la universidad?

E2: La escuela es la que demanda el trabajo al ETAP, antes de enviar la demanda a la Universidad, siempre se realiza una entrevista con los directores, algunos tienen conocimiento del acuerdo, otros no.

A su vez, se realiza siempre una entrevista a los padres, la cual permite tener un conocimiento de la situación, la problemática, si es factible o no que la pueda realizar una practicante. Se realizan observaciones al niño, y en algunas ocasiones se suele tener un par de encuentros. Lo fundamental es una o dos entrevistas antes con los padres, ahí evaluamos realmente lo conflictivo que puede ser el caso o no.

E1: ¿Entonces antes de enviar las demandas a la universidad ustedes trabajan antes? ¿Qué situaciones por ejemplo no derivan?

E2: Si, siempre hay un trabajo previo.

Depende de la complejidad del caso. Situaciones de abuso infantil, abuso sexual, maltrato o violencia familiar.

Generalmente las que realiza la selección soy yo, más allá de que siempre lo hablamos y trabajos entre los tres. Las situaciones donde hay mucha violencia familiar, que se yo,

tratamos de que no tenga demasiada complejidad, porque sabemos que es alguien que recién está arrancando en la carrera, aunque uno no puede prever todo, porque quizás el niño más adelante muestra o expresa situaciones que con nosotros no mostro, en general tratamos de seleccionar que niño y que situación.

Las situaciones de mayor complejidad se abordan de igual manera: entrevistas a la escuela, a los padres, a las docentes, observaciones al niño, y trabajo con el niño. Lo que va a ir cambiando son las estrategias abordadas.

E1: ¿Y qué expectativas tienen sobre el abordaje que realiza la Universidad?

E2: Se espera tener un primer diagnóstico o panorama de la situación por la que se encuentra transitando el niño, y ver si coincide o no con lo que la escuela demanda y plantea.

Buscamos en general, conocer la situación del niño más profundamente, son niños que generalmente no tienen acceso a un proceso terapéutico, porque no se los permite las condiciones económicas, no tienen obra social, entonces aprovechamos la ayuda de la universidad, de poder tener un diagnóstico supervisados por los profesores, sabemos que ustedes están seguidos, acompañados.

Están presente en las primeras entrevistas de derivaciones con las escuelas, algunas zonas siguen el trabajo de las practicantes más que otras. Eso va dependiendo.

El técnico no hace un seguimiento cotidiano, como sus profesoras, pero si tiene conocimiento de la situación, a veces desde lo escolar necesitan algo, o a veces ayudamos cuando las docentes son muy difíciles para entrevistar acompañamos. O en otros casos donde el niño no está asistiendo al espacio, vemos porque y tratamos de ubicar a los padres.

Luego del abordaje de la universidad, suelen ser niños que en las escuelas se sigue trabajando con ellos, o con los docentes del alumno, o los directivos, acompañándolos.

E1: Respecto del diagnóstico del TDA/H ¿has participado de alguna demanda y/o derivación escolar por esta problemática, o situación vinculada?

E2: Si, tengo muchos años acá adentro y he pasado por la mayoría de las derivaciones quizás no ya con la sigla sino más bien con descripciones como distraído, desatentos, no se concentra, etc.

Mira hace unos años atrás era todos los alumnos eran ADD, parecía una epidemia no sé qué pasaba, si respondía a las condiciones de época o que.

Ahora son más los docentes que te consultan: "che podrá ser ADD".

No concuerdo mucho con la problemática, o sino tendría que decir que hoy en día son todos ADD-H TGD, naa yo no creo nada eso. No me gusta, no concuerdo.

Es como un nombre que se le está poniendo a todo aquel chico que no entra en las expectativas de la escuela, ya sea los docentes o las escuelas.

E1: ¿Hay alguna posición del ETAP respecto de esta problemática en particular, o consenso con escuelas?

E2: En general tenemos algunas estrategias de trabajo como equipo ante cualquier situación, sea esta o sea las de abuso infantil, violencia. La modalidad es la misma para todas...

En el caso que la institución escolar insiste con el diagnóstico, el equipo trata de significar el diagnóstico, de poder pensarlo desde otro lugar, de otro modo. Apostando a no sentenciar, no encapsular ni rotular a un niño por su forma de mostrarse en el entorno escolar y/o familiar sin antes escucharlo. Pero igualmente se evalúa, la situación.

E1: En la derivación que se han realizado a la Universidad y que vos estabas como técnica de esa zona se habla de problemas de aprendizajes con expresiones tales como: "Se dispersa", "Se distrae", "Vuela", "No se concentra" ¿En qué padecimiento se está pensando? ¿Sobrevuela algo del TDA/H en estos comentarios?

E2: Generalmente las docentes sospechan que puede ser un ADD, lo que trato de hacer es a partir de las observaciones y entrevistas a las docentes es ver la posibilidad de ver en que ocasiones ocurre y en cuales no, como para poder captar la atención del niño. Buscando en ocasiones referentes para él que nos ayuden.

Mira, en las ocasiones en las que me han solicitado intervenir en esta o en otras siempre intento contenerlo, acompañarlo, apoyarlo, en esos momentos en los que como dice los docentes el niño/a hace crisis.

E1: Y cuando se hable en las derivaciones de "golpes", "disrupciones", "problemas de conducta", "desorganización", "desprolijidad", etc. ¿Se piensa en la hiperactividad?

E2: Y cuando eso viene del lado de la docente siempre te tiran el bocadito de la Hiperactividad, empiezan con la zaraza de esas cosas que vos decís.

Igual esto nunca es generalizado, siempre va dependiendo del chico. Eso en general.

E1: ¿En qué casos si consideran que se trata de un trastorno de la atención con o sin hiperactividad y no de un problema de conducta o de aprendizaje?

E2: Y cuando podemos despistarlo mediante técnicas o lo ven otros profesionales.

E1: ¿Me puedes contar alguna derivación, caso clínico o intervención en trayectoria escolar de algún niño/a rotulado o sospechado con TDA/H?

E2: Mmmm desde el ETAP no recuerdo ahora ninguno, hay, pero tendría que buscar pensar.

Pero trabajo en CITRADI, ahí es más frecuente, me pasa mucho de encontrarme en el consultorio con niños que vienen ya con un diagnóstico y con medicación.

Cuando el niño ya tiene un diagnóstico y tratamiento, y por diferentes situaciones hacen una consulta, siempre les indico a los padres mi opinión sobre la situación, les digo que en ocasiones no es necesaria la medicación, sus efectos secundarios, poder pensar o trabajarlo desde otro lugar. De comentarle que ante todas estas nuevas enfermedades no hay únicas verdades, sino que son pensadas de diferentes lugares.

Hay padres que son más abiertos, otros que es imposible trabajar con ellos otras formas de pensar lo que le ocurre a su hijo.

He trabajado con pediatras y neurólogos, esta situación pero resulta imposible coincidir.

E1: ¿Y desde el ETAP se articula con otras instituciones o profesionales?

E2: Depende quien sea el neurólogo se puede o no se puede laburar es así. Acá en Viedma con X es imposible, no nos podemos ni ver, el enseguida pone nombres muy rápidos a los chicos, y yo ahí me agarro la cabeza.

Con X, tenemos muy buena onda y en ocasiones me he reunido con él, sé que se puede trabajar con pacientes de él de ipross, con X no es posible.

Después con neurólogos de Bahía Blanca, tienen muy buena onda en CITRADI, y en relación al diagnosticarlos armamos, más cuando van a la escuela, desde la perspectiva pedagógica con una mirada.

E1: ¿Qué piensas, o cual consideras que es tu posicionamiento ante esta problemática?

E2: En realidad yo no le creo, no coincido con el diagnóstico del ADD, porque si no son todos ADD, son todos inquietos, intranquilos, entonces medio como que no.

E1: ¿Crees que hay alguna relación entre el estar distraído y la llamada falta de límites?

E2: No es depende el caso por caso.

E1: ¿Pero qué te parece, se puede estar disperso y aprender? ¿Te acordas de alguna situación?

E2: Yo creo que sí... algunos niños aparecen así como muy muy desatento, y cuando se comienza a analizar y a trabajar con el chico aparecen otras cosas: situaciones emocionales, familiares, la relación con sus padres u otras problemáticas.

En ese sentido siempre pienso en esta cuestión de la homogenización, no hay que homogeneizar como dice Flavia Teriggi hay que tener en cuenta como cada niño va haciendo su trayectoria.

E1: ¿Qué son las trayectorias?

E2: Las trayectorias se refieren a la situación particular de cada niño, su tránsito escolar, repitencia, abandono, deserción, si tuvo o no entrada al ETAP, si hay que hacer o no adecuaciones curriculares, se ponen en juego un montón de cosas. Lo que hacen es adaptar el contenido a las posibilidades reales del alumno.

E1: ¿Qué entendés vos por enseñanza-aprendizaje?

E2: El aprendizaje refiere a todos los contenidos escolares, al estudio sistemático de algún conocimiento o contenido que en la escuela se decide que el niño tiene que aprender. Por supuesto que para que sea posible el chico tiene que ser capaz de escuchar, preguntar, indagar y poner voluntad para aprender es así. Y la enseñanza es la transmisión de esos aprendizajes. En el último tiempo una de las quejas más frecuentes es que los chicos no están interesados por aprender, y que si lo hacen siempre es recurriendo a la memorización o repetición, hay poca significación.

E1: ¿Y vos porque crees que pasa?

E2: Los docentes exigen esas modalidades en ocasiones, y además por poca responsabilidad por parte de la familia. De acompañamiento de la casa, como también, en que les pide la docente es así.

E1: Dentro de las derivaciones a la universidad había un niño/ha llamado XX y diagnosticado como TDA/H ¿Recordas cuál ha sido su trayectoria escolar?

E2: Hay a ver déjame pensar...

E1: Iba a la escuela N° X

E2: Creo que si, se le perdió el rastro a ese chico.

Si, si, la desatención lo llevaba a XX a aislarse, muy tímido, costaba saber que le pasaba, todo chiquitito, era medio beboton también, va la mama lo tenía así.

Pobrecito, las docentes nos comentaban que se la pasaba las cinco horas mirando para afuera de la ventana, no copiaba, no traía los útiles escolares o el material que se le solicitaba y estaba en una etapa pre silábica en tercer grado, si no me equivoco.

Igualmente yo solo trabaje algunos encuentros con el niño hasta develar situaciones conflictos de violencia y convivencia familiar y se derivó a la fundación X quien efectivizo el diagnóstico y comenzó a trabajar con la familia. Por eso te digo que le perdimos el rastro.

E1: ¿Llegaste a realizar un diagnóstico o intervenciones?

E2: Si si, clínicamente intente focalizarme en donde estaba la atención de XX, y trabaje mucho con la familia para ir cambiando cosas de su entorno familiar.

E1: ¿Podes decirme cosas como que?

E2: Si, derivamos a la mama a un centro de atención a la víctima de violencia de género, y que comience un tratamiento, tratamos de indagar que ocurría con el niño, si pasaba lo mismo o no, pero fue difícil.

E1: ¿Y en la escuela?

E2: y en la escuela buscamos a alguien que se pueda conectar con el niño, dar lugar al espacio terapéutico para que el niño puede hablar, y en la escuela buscar que tipo de organización áulica podía desarrollar la docente para ir captando la atención de este niño, lugares estratégicos para sentarse, otras actividades.

Pero no funcionaba nada igualmente, además con el certificado de discapacidad, se le realizaron adecuaciones curriculares, pero como el inconveniente eran las inasistencias, se logró que realice la escolaridad desde la casa, solo con tutores. Por eso te digo que le perdimos el rastro ya. No puedo aportar más nada.

E1: En relación a los abordajes hoy me comentaste que usaban en ocasiones técnicas e instrumentos. ¿Cuáles son?

E2: Eso depende el profesional, yo generalmente trabajo con hora de juego pero con todos los chicos, no solo con esta problemática en particular.

En este caso puede ser que alguna técnica, siempre en contexto y relación con el niño luego de conocerlo, siempre priorizo que no sea larga... que tenga sentido. Si uso técnica, soy de usar técnicas. La observación áulica es la que más me ayuda. Trato de no tomar técnicas muy largas sé que los niños se fatigan, entonces, en general a veces puede ser un Bender... u otra cosa. Mmm para mirar un familiar quizás un CAT, y si la cosa es muy compleja o también un Test de Familia, pero si es muy complejo un Wiss, pero nunca lo tomo todo, a veces selecciono algunos según las problemáticas. Viste que es muy larga,

muy extensa, quizás si unos subtes. A mí lo que más me sirve es trabajar con la hora de juego. El resto los uso como apoyo, lo que más me sirve es como apoyo y en contexto sino no. Así en frío no. Busco quizás cosas que en la horade juego no salgan.

E1: Y una vez que el niño/a egreso de nivel primario ¿se hace la articulación con el nivel medio?

E2: No llegamos con los tiempos, además tratamos de no contaminarlos, es decir cada niño luego va haciendo su recorrido, por ahí se muestra de otra forma a la que se venía mostrando en la escuela, madura crece

### **Entrevista N°10: Realizada a la Directora de la Escuela Turno Mañana y Turno Tarde**

Presentación del profesional:

- Sexo: F

- Formación Profesional: Docente

- Antecedentes laborales: 2001-2016 Directora de la escuela N° 349; 1990-2001 Docente del Juncal, secretaria, Vicedirectora.

E1: ¿Cuáles son las características de la población estudiantil de la escuela?

E2: La mayoría de los alumnos corresponden al barrio Lavalle, Álvarez Guerrero, San Martín. Son niños de bajos recursos económicos, carencia de trabajo por parte de los padres, cobran asignaciones universales. Ausencia de acompañamiento familiar.

E1: ¿Por qué no asisten niños del barrio Ceferino (1.016 viviendas)?

E2: Los primeros años esta escuela estaba súper poblada de chicos del barrio, pero luego poco a poco se fueron yendo por que se mudaban d barrio cuando se puso peligroso, o por considerar que al ser de barrio no tenía el mismo nivel que las escuelas del centro, al casa estar vacías las matriculas comenzamos a recibir niños de otros barrios más carenciado incluso que este, que depositaban quizás otras expectativas. Hay docentes que tienen 15 alumnos y eso es mucho. En la actualidad el grado que menos alumnos tiene son 8 pero igualmente no se puede trabajar.

E1: ¿Cuáles son las principales problemáticas que se presentan en la escuela y las estrategias de abordaje que utilizan?

E2: Acá no tenemos hace varios años problemas de conducta. Si algunas familias están intervenidas por el ETAP, pero las problemáticas tienen que ver con las inasistencias a clases, el incumplimiento con los espacios de apoyo escolar, problemáticas de salud, sobre todo salud bucal. Familias que no acompañan a los niños al médico, no tienen la noción de salud incorporado como otras poblaciones. Muchos carecen de obras sociales, porque son padres desempleados, algunos niños vienen sin comer. Falta la alimentación y se suelen sentir fatigados.

E1: ¿Has participado en el trabajo conjunto del ETAP y las cátedras de Clínica Psicopedagógica I y II?

E2: Si desde siempre trabajamos con la universidad, y desde hace dos años que incorporamos en una ocasión en tercer grado y otra primero, el trabajo en vez de individualizado grupal. La verdad una experiencia grata

E1: ¿Cómo seleccionan la población que derivan al ETAP?

E2: Generalmente derivamos cuando solos no podemos solucionar las problemáticas que te dije hoy, inasistencia, alguna situación de violencia familiar que sospechamos, pocos avances en los aprendizajes del niño para que dé última se le arme una trayectoria escolar y pueda seguir pasando de año.

E1: ¿Qué esperan del trabajo de la Universidad?

E2: Y que pueda básicamente solucionarle el problema al chico viste... el Etap es el que nos dice a nosotros que lo va a tomar o no la universidad, y esperamos lo mismo que del Etap que vean y nos digan cómo resolvemos las cosas.

E1: ¿Entre las derivaciones escolares en las que participaste apareció alguna situación vinculada con el tema del TDA/H?

E2: ¿Es la problemática de que no atienden no? Si la he escuchado, pero mira... eee como decirlo. Los chicos no atienden porque no saben escuchar. No porque tengan fallas en su atención. No escuchan, no saben escuchar. Si el chico quiere algo lo quiere ya, no puede esperar y si no lo tiene se enoja. Las familias tampoco saben escuchar, están con el celular, o cuando son muy jóvenes viendo qué hacer con la plata para el fin de semana y no lo escuchan a los hijos. Entonces los chicos tampoco saben escuchar. Para aprender hay que escuchar, no porque los chicos no tengan atención, no saben escuchar.

Ante este panorama cuando solicitamos intervención del ETAP es cuando esta desatención es mucho más fuerte.

E1: ¿Hay alguna posición tomada desde la institución con respecto a esta problemática?

E2: Noo, porque no creo que sea necesario el problema es otro, no la atención.”

E1: ¿Qué piensan o entienden cuando las docentes indican que un niño en el aula? “Se dispersa”, “Se distrae”, “Vuela”, “No se concentra” ¿Sobrevuela algo del TDA/H en estos comentarios?

E2: No escucha. No escuchan los chicos, no escuchan los padres y en ocasiones tampoco saben escuchar las docentes. Me mandan a nuevas que no tienen ni idea de nada, y no les importa los chicos tampoco, yo creo que la formación docente está en decadencia, y nadie escucha a nadie, más vale que va a estar en la luna si se encierran en sí mismo, si no escuchan.

E1: ¿Y cuándo se habla de golpes, interrupciones, problemas de conducta, desorganización, desprolijidad, etc.? ¿Se piensa en un diagnóstico de Hiperactividad?

E2: No, querida no. Son problemas de conductas, mira la sociedad, donde prendes el tv hay violencia, los chicos la reproducen acá más vale, pero nada tiene que ver con un problema neuronal. Además estos ni van al médico asique tampoco tenemos diagnósticos de los chicos, el Etap si es para inclusión si dice algo, sino no.

E1: ¿Qué es un alumno para vos?

E2: Y no cualquier chico es un alumno, para que sea alumno realmente tiene que venir a la escuela con ganas de aprender.

E1: ¿Y todos los chicos vienen así?

E2: Nooo ojala... no por supuesto que todos atraviesan por distintos problemas o intereses también.

E1: ¿Cómo aprende un niño?

E2: Hoy estoy viendo que se aprende el versito, repitiendo, copiando, después tenemos los grandes problemas, cuando llegan a 7mo grado y hay que explicar todo de nuevo, ya

que a largo plazo no recuerdan nada. Hoy tenemos grandes inconvenientes con estas modalidades que han adquirido.

E1: ¿Pasa con todos los chicos?

E2: No por supuesto que no pero si con la gran mayoría. Son diferentes cuando las cosas le gustan o interesan, un jueguito nuevo de la play más que que es un texto expositivo o narrativo.

E1: Respecto de esta modalidad de aprendizaje que decís que es de ahora o nueva, ¿qué estrategias utilizan?

E2: Estamos en eso todavía, y depende siempre el docente.

E1: ¿Para este diagnóstico consideras importante para el trabajo con el niño la participación del pediatra o neurólogo. ¿Por qué? ¿En qué sentido?

E2: Estos chicos no van al médico, si masvale que es fundamental porque es el que termina siempre determinado cual es la problemática.

E1: ¿Conoces el tratamiento de esta problemática, que pensas del mismo?-¿Qué pensas de los psicofármacos?

E2: No, no la conocía, yo creo que si el medico se los da, él es el que sabe, asique les debe hacer bien, como cuando te tomas un diclofenac porque te duele la cintura, o una cafiaspirina para el dolor de cabeza. Los debe dejar tranquilos... vaya a saber que tiene.

E1: ¿Cuál es tu posición al respecto?

E2: Mira a partir de una gran dificultad que hay en relación a la escucha del otro, tanto alumnos, como padres y docentes generan situaciones confusas que llevan al niño a estar en "otro lugar" y no concentrado haciendo la tarea.

E1: ¿Cuáles son las principales problemáticas que generan estos niños en la escuela?

E2: Y... los hiperactivos sacuden la escuela, la alteran, la rompen viste. El desatento al ser más tranquilo o volado los problemas eran en el aprendizaje o su concentración.

E1: ¿Hay alguna relación entre el estar distraído y la llamada falta de límites?

E2: Creo que más que con la atención eso se lo ve con el problema de conducta, la gran mayoría de las situaciones en la que uno dice que el chico tiene problemas de conducta es porque no respeta las normas de convivencia, insulto o falta el respeto a alguien, salió de los espacios acordados en horario que no corresponde, no cumple con sus responsabilidades y así puedo estar todo el día...

E1: Se puede estar disperso y aprender, ¿te acuerdas de alguna situación? Como fue trabajada la problemática.

E2: No, si no estas concentrado cuando la maestra explica no puedes aprender, no hasta que no la escuches."

E1: Recordas de algún niño/a diagnosticado/a o sospechado/a de ADD, ADD-H, puedes relatarnos algo de su trayectoria escolar.

E2: Eee... creo que no tuvimos ninguno. A ver déjame ver las actas.

E1: Pero en el marco del acuerdo, una de las derivaciones que tenía muchos signos de desatención y/o inquietud se realizó en el año 2010, el niño tenía 8 años, e iba a 2do grado. ¿Recordas?

E2: No, haber.... Déjame pensar.

Ahh si, lo que pasa que se diagnosticó y se logró una escolarización domiciliaria, así que no sé qué paso.

E1: ¿Qué seguimiento se hizo de ese niño y como fue evolucionando o involucionando su problemática?

E2: No sé, eso debe saber el ETAP

E1: ¿Qué lugar le otorgas en estos diagnósticos a los médicos y a la utilización de medicación?

E2: Mira no quiero generalizarte pero cuando empiezan a tomar la medicación cambia, se solucionó el problema, son otros chicos. Es importante el medico como cualquier profesional, pero además ellos nos dan la solución. Que por ahí desde el ETAP con estrategias o intervenciones de cambios escolares no ocurre.

Los chicos están más concentrados, más quietos y eso ayuda enseguida a aprender. Y esto es fundamental porque no podemos aprender si no prestamos atención a como se hace por ejemplo una cuenta. Y la medicación le baja decibeles, los acomoda, los organiza y posibilita aprendizajes.

E1: Consideras que se podría modificar o implementar otro tipo de estrategias para paliar las consecuencias.

E2: Quizás con más acompañamiento por parte de los padres, quizás ver un médico o neurólogo para ver si no tiene ADD-H, otra cuestión, ahora el problema es que repite pero no avanza, no procesa por si solo y ya está más grande.

**ANEXO N°4- Leyes y Resoluciones educativas.**

**Documento N°1: Res. N° 1946/04**, la cual reorganiza la estructura del Consejo Provincial de Educación incorporando los ETAP, determina la dependencia de los mismos y la conformación en cada Supervisión fijando la cantidad de cargos por

VIEDMA, 03 JUN 2004

**VISTO:**

El Expediente N° 60249- C- 78 del Registro del Consejo Provincial de Educación y la Ley Orgánica de Educación N° 2.444, la Resolución N° 200/96 y la Resolución N° 1452/04, y

**CONSIDERANDO :**

QUE las Políticas Educativas del Consejo Provincial de Educación se orientan a garantizar el proceso de enseñanza – aprendizaje de todos los sujetos que concurren al sistema educativo provincial;

QUE es necesario promover estrategias pedagógicas que permitan garantizar el cumplimiento de tal derecho;

QUE los cambios sufridos por la situación económica y sociocultural de nuestro País en los últimos años han incidido negativamente en las Instituciones educativas, ocasionando dificultades en el aprendizaje de los alumnos y alumnas;

QUE estas dificultades, por su grado de complejidad y característica de la demanda, exceden las posibilidades de intervención de los equipos docentes de manera exclusiva, ya que requieren abordajes interdisciplinarios que permitan la atención integral del proceso educativo;

QUE por lo expuesto se hace necesario reorganizar la estructura y funciones de los Equipos Técnicos de Apoyo Pedagógico a fin de adecuarlos al nuevo escenario institucional;

QUE en la estructura actual del sistema educativo, los cargos técnicos tienen en cada nivel los siguientes perfiles:

- Nivel Inicial: Asistente Social, Pedagogo/a, fonoaudiólogo/a.
- Nivel Primario: Pedagogo/a, Asistente Social.
- Nivel Medio: Pedagogo/a, Psicólogo/a y Asistente Social.

QUE se hace necesario incorporar nuevos cargos en los diferentes niveles del Sistema Educativo a fin de complementar los ya existentes, con el fin de promocionar abordajes interdisciplinarios e integrales en las acciones de apoyo técnico a las comunidades educativas;

QUE los cargos a crear serán los siguientes :

- En los Niveles Inicial, Primario y Medio : Técnico Psicopedagogo
- En los Niveles Inicial y Primario: Técnico Psicólogo
- En el Nivel Primario : Técnico Fonoaudiólogo

Nivel. Ratifica las misiones y funciones de la Resolución 200/96 hasta tanto se definan un nuevo Anexo.

- 2 -

QUE la participación de los E.T.A.P. en acciones y actividades con otros organismos queda garantizada a través de cumplimiento de lo encuadrado en la Ley 3040 (de atención integral de la Violencia familiar), y en la Ley 2055 ( del discapacitado) , desde la prevención y asistencia de Iso alumnos, incluidos en el proyecto de integración y la participación en los consejos de discapacitados locales;

QUE el procedimiento de reorganización de los E.T.A.P. no modifica las condiciones laborales de los docentes en los cargos existentes;

QUE en función de la cantidad de alumnos que cada Supervisor y ETAP tiene bajo su responsabilidad, las distancias a la sede de supervisión en algunas zonas de la provincia, es necesario contemplar la creación de cargos de Técnico Asistente Social que respondan con los mencionados criterios;

QUE mediante la Resolución 1452/04 se crea la estructura de los Equipos Técnicos de Apoyo Pedagógico y a los efectos de evitar confusiones y errores en los procedimientos, se consideró necesario revisar la misma para subsanar errores;

QUE para continuar con el análisis y definición de la estructura a determinar en el organigrama del CPE, como en las Misiones y Funciones del mismo, incluyendo la Dirección de Asistencia Técnica, el asesoramiento específico a cada uno de los integrantes de los Equipos Técnicos de cada jurisdicción supervisiva se encontrará a cargo de la Dirección de Asistencia Técnica y en forma coordinada con los Supervisores respectivos,

POR ELLO:

**EL CONSEJO PROVINCIAL DE EDUCACIÓN  
RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.- DEROGAR** las Resoluciones Nos.200/96 y 1452/04 y toda otra que se oponga al texto de la presente resolución.-

**ARTÍCULO 2°.- REORGANIZAR** en la estructura organizacional del Consejo Provincial de Educación, los **EQUIPOS TÉCNICOS DE APOYO PEDAGÓGICO**, orientados a la atención, el seguimiento y la intervención con los diferentes actores que participan en el proceso de enseñanza – aprendizaje en las instituciones educativas de los Niveles Inicial, Primario y Medio , mediante un abordaje interdisciplinario.-

**ARTÍCULO 3°.- ESTABLECER** que los E.T.A.P. dependerán orgánicamente de las Supervisiones Zonales de los Niveles Inicial, Primario y Medio del Consejo Provincial de Educación, en cuya dependencia establecerán su lugar de actividad. La Dirección Central de Asistencia Técnica asesorará y acompañará a cada integrante de los ETAP, toda vez que considere necesario y conveniente para el cumplimiento de los objetivos previstos en la presente norma y establecerá nexos permanentes con cada Supervisor , en forma directa, como Equipo Regional o en el marco de los Foros Provinciales de Supervisores.-

**ARTÍCULO 4°.- ESTABLECER** que la conformación de los ETAP tendrá en cada Supervisión de Nivel Inicial y Primario ( Común y Adultos ) y Nivel Medio, la siguiente estructura básica:

NIVEL	Cantidad de TÉCNICO				
	Pedagogo	Psicopedagogo	Psicólogo	Asistente Social	Fonoaudiólogo
INICIAL	1	1	1	1	1
PRIMARIO (Común y Adultos)	1	1	1	1	1 Excluido Adulto
MEDIO	1	1	1	1	

**ARTÍCULO 5°.- DETERMINAR** la creación de los cargos de Técnicos necesarios para completar la estructura básica en cada sede de Supervisión de cada uno de los Niveles Inicial, Primario y Medio, que se detallan en los anexos respectivos y que forman parte de la presente Resolución, a saber:

- ANEXO I: Cargos para completar la estructura básica de ETAP de cada sede de Supervisión de Nivel INICIAL
- ANEXO II: Cargos para completar la estructura básica de ETAP de cada sede de Supervisión de

- 3 -

**ARTÍCULO 6°.- RATIFICAR** el Anexo I – Misiones y Funciones – de la Resolución 200/96 que como ANEXO IV se incorpora a la presente, hasta tanto se culmine la tarea de elaboración y definiciones según lo indicado en los considerandos de la presente Resolución.-

**ARTÍCULO 7°.- ESTABLECER** que los E.T.A.P. participarán de las acciones y actividades de otros organismos oficiales en el marco de las Leyes 3040 ( atención integral de Violencia Familiar – Unidades Ejecutoras Locales), Ley 2055 (del Discapacitado – Consejo del Discapacitado Locales) y de actividades propias en el marco de la presente normativa y de las Resoluciones que se dicten a tal efecto.-

**ARTÍCULO 8°.- MANTENER** a los profesionales que se desempeñan, hasta la fecha de la presente resolución, en los cargos de Técnicos de ETAP creados a partir de la Resolución N° 200/96 y de las siguientes en el mismo efecto, en los mismos cargos y condiciones de revista, bajo las mismas normas con las cuales se rigen el conjunto de los cargos del sistema educativo en los Niveles Inicial, Primario y Medio, que obran en los ANEXOS V, VI y VII.-

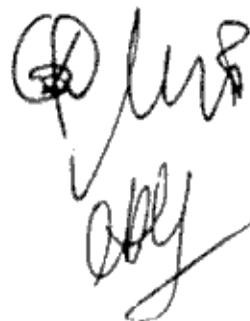
**ARTÍCULO 9°.- DETERMINAR** que las sedes de Supervisión que cuenten con más de cuatro mil alumnos matriculados y que tengan establecimientos educativos en localidades muy alejadas, contarán con un cargo más de Técnico Asistente Social, el que será creado por Resolución en la medida que se cuente con disponibilidades financieras, complementando los cargos que se resuelven en la presente resolución.-

**ARTÍCULO 10°.-POR LA** Dirección de Contaduría aféctese a la partida presupuestaria necesaria para subvencionar los gastos ocasionados por aplicación de la presente Resolución.-

**ARTÍCULO 11°.- REGISTRESE,** comuníquese, notifíquese a las Supervisiones Escolares respectivas de las Delegaciones Regionales de Educación Valle Inferior, Atlántica, Sur, Andina, Andina Sur Alto Valle Oeste, Alto Valle Este, Valle Medio, a través de las Direcciones de Nivel Inicial, Primario y Medio y archívese.-

RESOLUCIÓN N°

1946



*B. Basterha de Galcun*  
**TERESA BASTERHA DE GALCUN**  
 SECRETARÍA GENERAL  
 Consejo Provincial de Educación  
 PROVINCIA DE RIO NEGRO

*Juan José Ruiz Rodríguez*  
**Lt. JUAN JOSÉ RUIZ RODRIGUEZ**  
 PRESIDENTE  
 CONSEJO PROVINCIAL DE EDUCACION  
 PROVINCIA DE RIO NEGRO

EXO I - RESOLUCIÓN N° 1946

04 - Cantidad de cargos para completar la estructura básica de ETAP de cada sede de Supervisión de Nivel INICIAL

Regionalización	Supervisión	Sede	Pedagogo		Psicopedagogo		Psicologo		Asistente Social		Fonaudiólogo	
			Cantidad	Turno	Cantidad	Turno	Cantidad	Turno	Cantidad	Turno	Cantidad	Turno
Este	Zona I	General Roca			1	tarde	1	tarde				
	Zona II	Villa Regina			1	mañana	1	mañana				
	Zona III	General Roca			1	mañana	1	mañana				
	Zona I	San Antonio Oeste			1	mañana	1	mañana				
Este	Zona I	Cipolletti			1	mañana	1	tarde				
	Zona II	Cinco Saltos					1	mañana				
	Zona II	Cinco Saltos con asiento en Catriel			1	mañana						
	Zona III	Allen			1	mañana	1	tarde				
	Zona IV	Cipolletti			1	tarde	1	mañana				
	Zona I	Viedma			1	mañana	1	mañana				
	Zona I	Ing. Jacobacci			1	tarde	1	tarde				
	Zona I	S. C. Bariloche			1	mañana	1	tarde				
	Zona II	S. C. Bariloche			1	mañana	1	Mañana				
	Zona III	El Bolsón			1	mañana	1	Tarde				
	Zona I	Choele Choel			1	tarde	1	Mañana				
	Zona II	Rio Colorado			1	tarde	1	tarde				

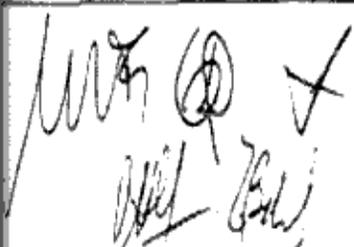
Port  
 @  
 asy  
 L  
 (B)

02 - RESOLUCIÓN N°

1946

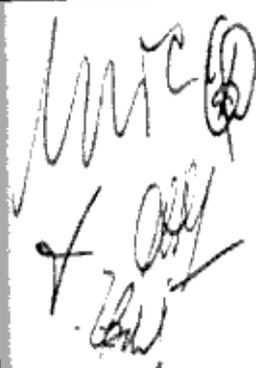
04 - Cantidad de cargos para completar la estructura básica de ETAP de cada sede de Supervisión de Nivel PRIMARIO

Regionalización: Dist. Común.	Supervisión	Sede	Pedagogo		Psicopedagogo		Psicólogo		Asistente Social		Fonoaudiólogo	
			Cantidad	Turno	Cantidad	Turno	Cantidad	Turno	Cantidad + de 4 000 alumnos	Turno	Cantidad	Turno
Este	Zona I	General Roca			1	Tarde	1	Mañana	1	Mañana	1	Tarde
	Zona II	General Roca			1	Mañana	1	Mañana	---	---	1	Tarde
	Zona III	General Roca			---	---	1	Mañana	1	Mañana	1	Tarde
	Zona IV	Villa Regina			---	---	1	Mañana	---	---	1	Tarde
	Zona V	Villa Regina			1	Tarde	1	Tarde	---	---	1	Tarde
Norte	Zona I	S.A.O. /a Valcheta			1	Mañana	---	---	---	---	---	---
	Zona I	S.A.O.			---	---	1	Mañana	---	---	1	Tarde
	Zona II	Sierra Grande			1	Mañana	1	Mañana	---	---	1	Tarde
Oeste	Zona I	Cinco Saltos			1	Mañana	1	Mañana	1	Mañana	1	Mañana
	Zona II	Cipolletti			1	Tarde	1	Mañana	---	---	1	Tarde
	Zona III	Cipolletti			1	Tarde	1	Mañana	---	---	1	Tarde
	Zona IV	Allen			1	Mañana	1	Tarde	---	---	1	Tarde
	Zona V	Catriel			1	Mañana	1	Mañana	---	---	1	Mañana
	Zona VI	Allen			1	Mañana	1	Tarde	---	---	1	Tarde
	Zona VII	Cipolletti			1	Tarde	1	Mañana	---	---	1	Tarde
Sur	Zona I	Viedma			---	---	1	Tarde	---	---	1	Tarde
	Zona II	Viedma			1	Mañana	1	Mañana	---	---	1	Mañana
	Zona III	Conesa			1	Tarde	1	Mañana	---	---	1	Mañana
Suroeste	Zona I	Sierra Colorada			1	Mañana	1	Mañana	---	---	1	Mañana
	Zona II	Maquinchao			1	Mañana	1	Mañana	---	---	1	Mañana
	Zona III	Comallo			1	Tarde	1	Tarde	---	---	1	Mañana
	Zona IV	Ing. Jacobacci			1	Mañana	1	Tarde	---	---	1	Tarde



-2-

	Zona I	S. C. Bariloche			1	Mañana	1	Mañana	---	---	1	Tarde
	Zona II	S. C. Bariloche			1	Mañana	1	Mañana	---	---	1	Tarde
	Zona III	S. C. Bariloche			1	Tarde	1	Mañana	---	---	1	Tarde
	Zona V	S. C. Bariloche			1	Tarde	1	Mañana	---	---	1	Tarde
	Zona VI	S. C. Bariloche			1	Mañana	1	Mañana	---	---	1	Tarde
Sur	Zona IV	El Bolsón			1	Mañana	1	Tarde	---	---	1	Mañana
Medio	Zona I	Rio Colorado			1	Tarde	1	Tarde	---	---	1	Tarde
	Zona II	Choele Choel			1	Tarde	1	Mañana	---	---	1	Tarde
	Zona III	Choele Choel			1	Tarde	1	Mañana	---	---	1	Tarde
Adulto - Medio - Avanzada	Zona I	Choele Choel			---	---	1		---	---	---	---
	Zona I	Choele Choel con asiento en Viedma			1		---	---	---	---	---	---
Sur	Zona II	S.A.O. con asiento en Valcheta			1		---	---	---	---	---	---
	Zona II	S.A.O. con asiento en Jacobacci			---	---	1		---	---	---	---
Sur	Zona III	S. C. Bariloche con asiento en Bolsón			1		1		---	---	---	---
Este	Zona IV	V. Regina con asiento en G. Roca			1		1		---	---	---	---
Oeste	Zona V	Cipolletti			---	---	1		---	---	---	---
	Zona V	Cipolletti con asiento en Catriel			1		---	---	---	---	---	---


  
 P. Quezada

III - RESOLUCIÓN N° 1946 /04 - Cantidad de cargos para completar la estructura básica de ETAP de cada sede de Supervisión de Nivel MEDIO

Zona Regional de Educación	Supervisión	Sede	Pedagogo		Psicopedagogo		Psicólogo		Asistente Social	
			Cantidad	Turno	Cantidad	Turno	Cantidad	Turno	Cantidad + de 4.000 alumnos	Turno
Este	Zona I	V. Regina			1	Mañana			1	Tarde
	Zona II	Gral. Roca			1	Mañana			1	Tarde
	Zona III	Gral. Roca			1	Mañana			1	Tarde
	Zona I	S.A.O.			1	Mañana				
	Zona I	Viedma			1	Mañana				
	Zona II	Viedma			1	Tarde				
	Zona I	I. Jacobacci			1	Mañana				
	Zona I	S.C. de Bariloche			1	Tarde				
	Zona II	S.C. de Bariloche			1	Tarde				
	Zona IV	S.C. de Bariloche			1	Mañana				
	Zona III	El Bolsón			1	Mañana				
	Zona I	Choele Choel			1	Tarde				
	Zona II	Choele Choel			1	Mañana				
	Este	Zona I	Cipolletti			1	Mañana			
Zona II		Cinco Saltos-Asiento Catriel			1	Mañana				
Zona III		Allen			1	Tarde				
Zona IV		Cipolletti			1	Mañana				

## ANEXO IV- RESOLUCIÓN N° 1946 /04

## MISIONES Y FUNCIONES

MISIÓN

Analizar e integrar sistemáticamente acciones de apoyo a las problemáticas educativas que inciden en el proceso de enseñanza -aprendizaje de la población escolar de las Instituciones de los distintos Niveles y Modalidades del Sistema Educativo Provincial.

FUNCIONES

Elaborar Estrategias de acción para las Instituciones educativas sobre la base de los diagnósticos y la priorización de las problemáticas existentes, en forma conjunta con el Supervisor con quien desempeña la tarea.

Elaborar los acuerdos y contratos pedagógicos necesarios para garantizar la implementación, el seguimiento y la evaluación de las propuestas de trabajo en esta situación problemática, como así también la distribución de responsabilidades y roles al respecto, en forma conjunta con el Supervisor con quien desempeña la tarea y el equipo escolar.

Elaborar acciones y elaborar estrategias en relación con el proceso de integración de alumnos con discapacidad, en forma conjunta con el Supervisor del Nivel y/o la Modalidad con quien desempeñan la tarea, el Supervisor de Educación Especial y el Equipo Técnico de la Escuela de Educación especial.

Reportar y elevar periódicamente al Supervisor del Nivel y/o modalidad con quien desarrollan la tarea, y por intermedio de éste a la Dirección respectiva, los avances de las acciones realizadas y propuestas de adecuación y/o ajuste de ellas en caso de ser necesarias.

Handwritten signatures and initials in the bottom left corner, including a circular stamp and the name "Gadea".

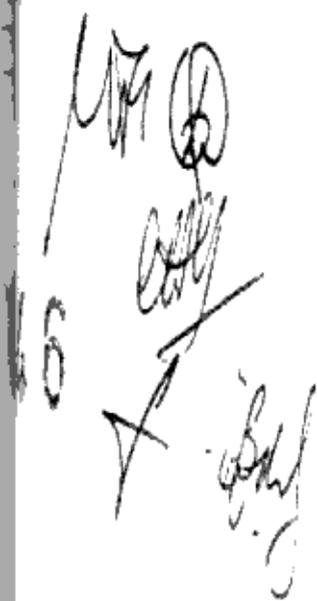
## ANEXO V - RESOLUCIÓN N° 1946 /04 - ESTRUCTURA BÁSICA DEL E.T.A.P. DE SUPERVISIÓN DE NIVEL INICIAL

Región Regional de Educación	Supervisión	Sede	Pedagogo	Asistente Social	Fonoaudiólogo
			Cantidad	Cantidad	Cantidad
	Zona	Viedma	1	1	1
	Zona	S.A.O.	1	1	1
	Zona	I. Jacobacci	1	1	1
	Zona I	Choele Choel	1	1	1
	Zona II	Río Colorado	1	1	1
	Zona I	Gral. Roca	1	1	1
	Zona II	V. Regina	1	1	1
	Zona III	Gral. Roca	1	1	1
	Zona I	Cipolletti	1	1	1
	Zona II	Cinco Saltos	1	1	1
	Zona III	Allen	1	1	1
	Zona IV	Cipolletti	1	1	1
	Zona I	S.C. de Bariloche	1	1	1
	Zona II	S.C. de Bariloche	1	1	1
	Zona III	El Bolsón	1	1	1

[Handwritten signature and initials]  
 [Handwritten signature]  
 [Handwritten signature]  
 [Handwritten signature]

## ESTRUCTURA BÁSICA DEL E.T.A.P. DE SUPERVISIÓN DE NIVEL PRIMARIO ADULTO

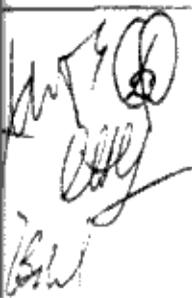
Regional de Educación	Supervisión	Sede	Pedagogo	Asistente Social
			Cantidad	Cantidad
de Medio	Zona I	Choele Choel	1	1
Sur	Zona II	S.A.O	1	1
Sur	Zona III	S.C. de Bariloche	1	1
	Zona IV	V. Regina	1	1
	Zona V	Cipolletti	1	1


  
 6

RESOLUCIÓN N° 1946

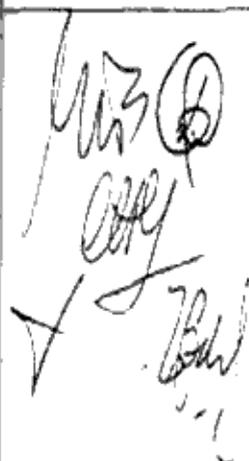
04 - ESTRUCTURA BÁSICA DEL E.T.A.P. DE SUPERVISIÓN DE NIVEL PRIMARIO COMÚN

Región Regional de Educación	Supervisión	Sede	Pedagogo	Asistente Social
			Cantidad	Cantidad
Viedma	Zona I	Viedma	3	1
	Zona II	Viedma	2	1
	Zona III	Conesa	1	1
A.V.O.	Zona I	Cinco Saltos	2	2
	Zona II	Cipolletti	2	1
	Zona III	Cipolletti	2	1
	Zona IV	Allen	2	1
	Zona V	Catriel	2	1
	Zona VI	Allen	2	1
	Zona VII	Cipolletti	2	2
A.V.E.	Zona I	Gral Roca	2	1
	Zona II	Gral Roca	2	1
	Zona III	Gral Roca	2	2
	Zona IV	Villa Regina	3	1
	Zona V	Villa Regina	2	1
Valle Medio	Zona I	Río Colorado	2	1
	Zona II	Choele Choel	2	2
	Zona III	Choele Choel	2	1
Sur	Zona I	Sierra Colorada	1	1
	Zona II	Maquinchao	1	1
	Zona III	Comallo	1	1
	Zona IV	Jacobacci	1	1
Atlántica	Zona I	S.A.O.	3	1
	Zona II	Sierra Grande	2	1
Andina	Zona I	S.C. de Bariloche	2	1
	Zona II	S.C. de Bariloche	2	1
	Zona III	S.C. de Bariloche	2	1
	Zona IV	El Bolsón	2	1
	Zona V	S.C. de Bariloche	2	1
	Zona VI	S.C. de Bariloche	2	1



## ANEXO VII - RESOLUCIÓN Nº 1946 /04 - ESTRUCTURA BÁSICA DEL E.T.A.P. DE SUPERVISIÓN DE NIVEL MEDIO

División Regional de Educación	Supervisión	Sede	Pedagogo	Asistente Social	Psicólogo
			Cantidad	Cantidad	Cantidad
	Zona I	Viedma	1	1	1
	Zona II	Viedma	1	1	1
	Zona	S A O	1	1	1
	Zona	I Jacobacci	1	1	1
del Sur	Zona I	Choele Choel	1	1	1
	Zona II	Choele Choel	2	1	1
del Este	Zona I	V Regina	1	1	1
	Zona II	Gral Roca	1	1	1
	Zona III	Gral Roca	1	1	1
del Oeste	Zona I	Cipolletti	1	1	1
	Zona II	Cinco Saltos	1	1	1
	Zona III	Allen	1	1	1
	Zona IV	Cipolletti	1	1	1
	Zona I	S C. de Bariloche	1	1	1
	Zona II	S C. de Bariloche	1	1	1
	Zona III	El Bolsón	1	1	1
	Zona IV	S C. de Bariloche	1	1	1


  
 [Handwritten signature and initials, including a circled 'D' and 'B']



LEGISLACION  
EDUCATIVA

- 2 -

- Promover junto a la Supervisión, los Equipos directivos y los docentes (en algunos casos en los que se considere necesario se podrán incluir padres y/o alumnos/as) la construcción de acuerdos y contratos pedagógicos que favorezcan un trabajo en equipo para la implementación, seguimiento, y evaluación de las estrategias de intervención (preventiva y de asistencia), en cada situación problemática .
- Propiciar la conformación de redes mediante un abordaje Inter.-institucional de problemáticas que inciden en el proceso educativo de niños y jóvenes de la comunidad (municipio, juzgado, salud, otras), a fin de coordinar acciones que sustenten y posibiliten las alternativas propuestas.
- Priorizar la intervención a nivel institucional y/o grupal de las problemáticas que inciden en el proceso de enseñanza-aprendizaje, requiriendo de un compromiso por parte de todos los actores de la comunidad educativa.
- Discriminar en la demanda presentada por las instituciones educativas, para la inclusión de alumnos en el Proyecto de Integración, las problemáticas emocionales, familiares, de vulnerabilidad socio-económica e institucionales de las de discapacidad, que influyen en el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Realizar evaluación socio-psico-pedagógica de alumnos cuya causal de dificultad en el aprendizaje sea presumiblemente una patología o discapacidad, a fin de analizar y definir la conformación de equipo integrador, junto a la escuela especial e Inter.-consulta con el área de salud si fuera necesario.
- Articular junto con los demás actores que conforman el Equipo Integrador (supervisores, equipo técnico de la escuela especial, equipos directivos, maestros integradores, docentes de nivel primario, profesores, padres y alumnos de nivel medio), lineamientos de acción para la implementación del Proyecto de Integración.
- Trabajar con el supervisor del Nivel y/o modalidad con quien desarrollan la tarea, y por intermedio de este con la Dirección respectiva, las acciones o proyectos puestos en marcha, evaluando resultados y procesos y realizando propuestas para los cambios que sean necesarios de acuerdo a las particularidades regionales y demandas institucionales.
- Coordinar acciones y acordar criterios con supervisores del mismo nivel u otros, tendientes a lograr un trabajo en equipo frente a la complejidad y diversidad de situaciones que comprometen el aprendizaje escolar.
- Elaborar material de trabajo en base al Proyecto Educativo Institucional, a la producción de las jornadas institucionales y a la tarea cotidiana y permanente en los establecimientos , a fin de utilizarlos como insumos bibliográficos al momento de tomar decisiones, formular alternativas, analizar, reflexionar y evaluar la realidad escolar y la propia práctica.
- Elaborar y elevar periódicamente al Supervisor de Nivel y/o modalidad con quien desarrollan la tarea, y por su intermedio de éste a la Dirección respectiva, informes de avance de las acciones realizadas y propuestas de adecuación y/o ajuste de ellas en caso de ser necesarias.-

TULO 3º.- REGISTRESE, comuníquese, notifíquese a las Supervisiones Escolares respectivas de las Delegaciones Regionales de Educación Valle Inferior, Atlántica, Sur, Andina, a Sur, Alto Valle Oeste, Alto Valle Este, Valle Medio, a través de las Direcciones de Nivel Inicial, Medio y Medio y archívese.-

RESOLUCIÓN N° **3748**

*Paula Yamila Quezada*

*[Firma]*

**Documento N°3: Res. 364/92**

Resolución que plantea la matrícula máxima para todos los niveles, con alumnos integrados.

Provincia de Río Negro  
CONSEJO PROVINCIAL DE EDUCACIÓN

VIEDMA, (R.N.) **4 Marzo 1992**

**VISTO:**

El Expediente N° 244.025 –C – 91 del registro del Consejo Provincial de Educación S/ Perfil de prestación de Educación Especial y Plantas Funcionales de las Escuelas de Educación Especial y el Proyecto "Integración del alumno con Discapacidad física, sensorial, mental leve y necesidades educativas especiales en el Sistema Educativo Común", implementado sistemáticamente a partir de la Resolución N° 1331/90, y;

**CONSIDERANDO:**

Que para propiciar y favorecer la continuidad en su implementación es necesario reformular y adecuar el marco normativo vigente;

Que a efectos de garantizar la calidad de contenidos y una real equiparación de oportunidades a todos los alumnos y a fin de facilitar el accionar pedagógico cotidiano con respecto a la relación alumno-contenido-docente, se hace necesario dar un marco normativo a la modalidad Educación Especial;

**POR ELLO:****EL CONSEJO PROVINCIAL DE EDUCACIÓN RESUELVE:**

**ARTICULO 1º:** APROBAR como norma del funcionamiento de la Educación Especial el Perfil de prestación obrante de fojas 3 a 25 de Expediente N° 244.025 –C – 91.-

**ARTICULO 2º:** DETERMINAR que la matrícula máxima por sala, sección de ciclo, grupo o división donde hubiere alumnos con discapacidad será la siguiente:

Nivel Inicial: veinticinco (25) incluido el alumno integrado.

Nivel Primario: veinticinco (25) incluido el o los alumnos integrados y un mínimo de veinte (20) alumnos.

Nivel Medio: treinta (30) incluido el o los alumnos integrados.

**ARTICULO 3º:** PAUTAR como número óptimo de integración por sala, sección de ciclo, grupo o división para los distintos niveles el de un (1) alumno con discapacidad. En caso de no contar el establecimiento con secciones paralelas el número máximo de integración por grupo será de dos (2) alumnos con discapacidad.

**ARTICULO 4º:** A EFECTOS de la presente resolución se consideran alumnos con discapacidad aquellos que presentan consecuencias de un daño funcional intelectual o físico que requiere de un acompañamiento técnico – pedagógico específico y sistemático en el proceso de construcción de sus aprendizajes formales (físicos, motores y orgánicos funcionales, sensoriales: ciegos y disminuidos visuales, sordos e hipoacúsicos y con discapacidad mental leve).

**ARTICULO 5º:** REGISTRESE, comuníquese a la Dirección General de educación, a la Dirección de Nivel Inicial, a la Dirección de Nivel primario, a la Dirección de Educación Permanente, a la Dirección General de Apoyo Técnico y a las Coordinaciones Regionales y archívese.

RESOLUCIÓN Nº **364/1992**

DNP/dm

Fdo. Roberto Luis RULLI - Presidente  
Carlos Alberto ESNAL - A Cargo Secretaria General  
Consejo Provincial de Educación

**Documento N°4: Res. 122/10**

"2010 – Año del Bicentenario de la Revolución de Mayo"

Anexo I

Resolución CFE N° 122/10

Aprobación para la discusión

Consejo Federal de Educación

**ORIENTACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS TRAYECTORIAS ESCOLARES REALES DE NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES.**

En los últimos años, la preocupación por la efectiva garantía al derecho de la educación para todos los niños, niñas y jóvenes ha llevado a las jurisdicciones y al Ministerio de Educación Nacional ha desarrollar políticas educativas que fortalecen los procesos de enseñanza de manera de mejorar la propuesta escolar. A la vez, se ha puesto especial énfasis en diseñar estrategia para acompañar las trayectorias escolares de los alumnos y alumnas<sup>122</sup>, de manera de que las mismas sean completas y continuas. En este sentido se subraya el interés por mejorar y enriquecer los procesos de aprendizaje de todos los alumnos, especialmente aquellos que provienen de los sectores más vulnerables de la sociedad.

La desigualdad social y la injusticia que aún subsiste en nuestro país supone también un mapa desigual en el territorio educativo. Las trayectorias escolares de los alumnos más pobres se ve reiteradamente interrumpida por diversos procesos; abandonos, repitencia, ingresos tardíos. Desde hace muchas décadas, la interpretación de estos procesos ha dejado de centrarse en los problemas de los sujetos para volver la mirada sobre los procesos escolares y los rasgos centrales de la escolaridad, en el pasaje de un problema conceptualizado como individual a objeto de políticas educativas<sup>2</sup> Por eso, un conjunto de políticas pedagógicas ponen de relieve la mejora de las propuestas de enseñanza, en particular la de aquellos saberes que se presentan especialmente relevantes a la hora de analizar las trayectorias educativas ( tal es el caso de la alfabetización inicial, por ejemplo), mientras otras revisan las usuales modalidades de organización escolar y producen modificaciones de la misma, con el fin de colaborar en regularizar trayectorias en los casos en los que se han visto interrumpidas.

---

<sup>122</sup> A los fines de este documento se definen las trayectorias escolares ( reales) como los diversos modos heterogéneos, variables y contingentes en que los alumnos transitan su escolaridad y trayectorias teóricas como itinerarios en el sistema, que siguen la progresión lineal prevista por este marcados por una periodización estándar. ( Terigi, 2007)

Diversos proyectos se llevan adelante con resultados alentadores. Los proyectos de abordaje de la repitencia y la sobre-edad, en general basados en la reorganización de la propuesta escolar, una planificada propuesta de enseñanza y una práctica educativa que confía en las posibilidades de aprender de todos los niños y niñas demuestran un camino fértil para acentuar en los próximos años. Para acompañar estos procesos se requiere, no obstante, de medidas que revisen algunos aspectos de diverso orden (pedagógicos, curriculares, normativo, administrativo) que muchas veces obstaculizan de manera sustancial las trayectorias escolares. En este sentido, ciertos aspectos de las regulaciones operan fortaleciendo rasgos del sistema que debilitan paradójicamente las posibilidades de sostener la escolaridad de un conjunto importante de alumnas y alumnos.

El conjunto de medidas que este documento desarrolla tiene como propósito mejorar la capacidad pedagógica del sistema, procurando hacerlo más sensible a las necesidades y realidades de cada uno de sus alumnos y alumnas. Algunas de las mismas, merecen un profundo trabajo de discusión y reflexión entre los diversos actores del sistema educativo, tal es el caso de analizar el valor de la repitencia en el aprendizaje o la necesidad de rever la propuesta de organización de los saberes en la escuela. Como se verá, abarcan un conjunto de dimensiones de la vida escolar, desde la enseñanza a la asistencia, desde recorridos diversos por el sistema hasta el movimiento de los alumnos de una jurisdicción a otra, de una modalidad a los niveles. Todas consideradas sustanciales para dar una respuesta integral a los problemas que se evidencian.

Las consideraciones referidas a los estudiantes de nivel secundario han sido tratadas en las resoluciones CFE Nos. 102/10 y 103/10. Al respecto sólo se especifican aquellas cuestiones que hacen a la articulación del nivel con el nivel primario.

<sup>2</sup>

Al respecto ver, Terigi, Flavia. Las trayectorias escolares. del problema individual **Orientaciones para el mejoramiento de las trayectorias escolares reales de niños, niñas y jóvenes.**<sup>123</sup>

---

<sup>123</sup> En la resolución CFE 103/10 se explicitan las características que se esperan desarrollen las propuestas de inclusión y/o regularización de trayectorias escolares. Entendemos que las mismas son pertinentes para el conjunto del sistema educativo, con lo cual esta resolución prescinde de detallarlas.

Las jurisdicciones alentarán las modificaciones organizativas, pedagógicas y didácticas que permitan que los niños y niñas accedan a los aprendizajes escolares previstos por la normativa curricular en los plazos etéreos estipulados.

El Ministerio de educación de la Nación se compromete a producir investigación y seguimiento a los proyectos que ensayan otros modos de organización de lo escolar y de la enseñanza de manera de que los mismos contribuyan a la toma de decisiones para el conjunto del sistema.

La continuidad de los procesos de enseñanza y aprendizaje, aspectos centrales a la hora de resguardar las trayectorias escolares merecerán un tratamiento particular y prioritario. La inasistencia reiterada no podrá ser causal de pérdida de la condición de regularidad. Para fomentar la continuidad, se alentará la conformación de mesas locales e intersectoriales de seguimiento de las asistencias de niños y niñas a la escuela como así también el cumplimiento efectivo de los 180 días de clase.

### **Nivel inicial:**

Se subraya que la organización del nivel inicial se realiza sobre la base de la correspondencia entre edad cronológica y la sala o sección equivalente. La promoción de un año/ sala/sección dentro del nivel no tiene requisito de acreditación más que la edad correspondiente por lo tanto no puede repetirse.

Se hace necesario precisar el alcance del anexo 1 a de la resolución n 18/07, En este sentido se señala que la autoridad competente para eximir a los niños de la presentación de la certificación del nivel inicial será la dirección de la escuela que inscriba al mismo en primer grado de la escuela primaria. Se recuerda lo estipulado en tal resolución: " *en todos los casos el ingreso a dicho nivel ( primario) deberá respetar la correspondiente edad cronológica de los educandos, con el objeto de garantizar la inclusión educativa, conforme el art. 11 inciso e) de la Ley de educación nacional.*"<sup>124</sup>

La continuidad de la trayectoria escolar de niños con discapacidad en el nivel inicial no podrá ser interrumpida bajo la idea de permanencia<sup>125</sup>. Los niños y niñas con discapacidad deberán transitar el nivel inicial conforme lo señale su edad. La modalidad de educación especial será responsable de brindar las configuraciones prácticas de apoyo necesarias para que este itinerario escolar pueda realizarse en las instituciones de educación común o bien en la modalidad según el contexto institucional que se considere el más beneficioso para el niño o niña.

<sup>124</sup> Ver resolución 18/07 Anexo I CFE

<sup>125</sup> Se denomina permanencia a una práctica usual que consiste en cursar dos o más veces el mismo grado/ nivel/sección.

Las jurisdicciones y el Ministerio de educación Nacional arbitrarán las políticas de articulación necesarias para facilitar el pasaje entre el nivel inicial y el nivel primario; fomentando el trabajo conjunto entre las direcciones de ambos niveles, poniendo de relieve las continuidades curriculares y pedagógicas necesarias para garantizar el pasaje de todos los niños y niñas.

### **Nivel primario:**

En todos los casos de ingreso tardío al nivel primario, la institución escolar instrumentará las estrategias pedagógicas específicas que posibiliten un acercamiento progresivo de los niños y niñas al grado que por su edad cronológica correspondiera.

Con respecto de la promoción de niños y niñas se privilegiará una mirada ciclada del aprendizaje de manera de no discontinuar innecesariamente la trayectoria escolar, En este sentido, cada jurisdicción y cada escuela adoptará las medidas necesarias para favorecer la efectiva apropiación de saberes para todos los alumnos y alumnas desalentando la repitencia como modo de resolver dificultades en la apropiación de los mismos.

A los fines de alentar la continuidad de las trayectorias, se estipula que la promoción de los niños de un año a otro será abierta y podrá realizarse en cualquier momento del año bajo las modalidades que mejor se adapten a las condiciones y necesidades jurisdiccionales. La norma regirá para aquellos niños que cuenten con dos o más años sobre la edad teórica de cursada al grado correspondiente.

Las jurisdicciones adoptarán las medidas pedagógicas, normativas y reglamentarias necesarias para dar legalidad a propuestas de reorganización de las trayectorias escolares destinadas a niños y niñas en situación de sobreedad<sup>6</sup> y que se desarrollan en muchas de ellas en carácter experimental o piloto.

El Ministerio de Educación de la Nación se compromete a colaborar con material didáctico y financiamiento a los proyectos jurisdiccionales que aborden los problemas de repitencia y sobreedad. A la vez, ofrecerá asistencia técnica y espacios de formación para la elaboración de propuestas pedagógicas interculturales que favorezcan la reorganización de trayectorias y la inclusión.

A los fines de consensuar criterios curriculares comunes en los proyectos de reorganización de las trayectorias, se propone la convocatoria a una comisión consultiva de carácter federal para

identificar los aprendizajes considerados necesarios para la promoción de un año de enseñanza/ o ciclo en menor tiempo del estipulado teóricamente.

Los niños y niñas que alcancen la terminalidad del nivel primario a partir de proyectos de reorganización de las trayectorias, contarán con un acompañamiento particular en el primer año de la escuela secundaria y quedarán exceptuados de las normas de edad que pudieran sostenerse en ese nivel toda vez que la resolución CFE 102/3 estipula que las jurisdicciones podrán habilitar variadas alternativas y/o programas educativos que procuren que los jóvenes menores de dieciocho años, ingresen y finalicen la educación secundaria obligatoria

Los niños y niñas que por cuestiones familiares se trasladen periódicamente de localidad dentro de una misma jurisdicción o bien entre jurisdicciones (trabajos rurales transitorios de sus familias, niños y niñas que viven en circos y parques, entre otros) deberán ver garantizada su asistencia y continuidad de los estudios en cualquier parte del territorio nacional. Contarán con un pase abierto desde la escuela de origen para poder facilitar su traslado en cualquier momento del año. A los fines de la evaluación y certificación de sus aprendizajes se reconocerán dos tipos de registros: el boletín de la escuela de origen que acompañará a los alumnos a todas las instituciones que transite y un informe, (elaborado por el o los docentes responsables y avalado por la dirección de la escuela) de los contenidos enseñados en cada una de las instituciones. Ambos quedarán en poder de las familias quienes serán responsables de presentar dicha documentación en la escuela más cercana a su lugar de residencia transitoria, donde continuarán el ciclo lectivo. La escuela en la que los niños y niñas estén inscriptos en el último mes del año, (sea la de origen u otra) será la responsable de acreditar el año lectivo teniendo en cuenta el conjunto de evaluaciones que cada institución escolar ha realizado a lo largo del año sobre el mismo boletín. La escuela será responsable de asegurar la escolaridad de estos niños en el grado de referencia y proponer los apoyos necesarios en los casos pertinentes.

Los niños indígenas o migrantes que no empleen la lengua española, deberán transitar los niveles de enseñanza conforme lo señale su edad. Las distintas jurisdicciones y la modalidad de educación intercultural bilingüe deberán organizar configuraciones prácticas de apoyo necesarias para que los itinerarios escolares puedan realizarse con continuidad.

<sup>6</sup> Se entiende en condición de sobredad a los niños y niñas que cursan un grado de la escuela primaria con dos o más años de diferencia respecto de la edad teórica correspondiente.

Los niños y niñas indígenas, usuarios de una lengua originaria, tendrán de enseñanza en su lengua primera, con un docente indígena (o idóneo). Las instituciones educativas deberán considerar que la circulación de la lengua indígena en forma escrita está en una relación muy

desigual con respecto del español, por lo cual deberán propiciar situaciones de lectura y escritura que el niño probablemente no encuentre en otros ámbitos que no sea el escolar. En ese sentido, el Ministerio de educación se compromete a producir materiales en lenguas indígenas para la alfabetización inicial.

En aquellos casos en que la escuela no pueda brindar alfabetización en la lengua de uso de los niños, jóvenes o adultos que transitan la educación primaria, las distintas jurisdicciones ofrecerán a los docentes dispositivos de formación en *enseñanza de español como segunda lengua* para que, al mismo tiempo que alfabetizan a los/las estudiantes, empleen estrategias de enseñanza del español como segunda lengua.

Las posibilidades de pasaje entre la escuela de educación especial y el nivel primario serán abiertas y flexibles, privilegiando siempre que sea posible la asistencia a la educación común. En el caso del pasaje de un alumno de una escuela de nivel primario a una escuela de educación especial la misma deberá ser objeto de una evaluación minuciosa que privilegie la modificación de las condiciones pedagógico institucionales, y/ o de los apoyos que se brindan en la escolaridad común, por sobre la lectura de las condiciones particulares de los sujetos.

Los niños que por causas medicas requieran de internación en el último trimestre del año escolar, y no puedan completar el año lectivo, podrán promocionarlo, a partir de la ponderación del desempeño académico obtenido desde el inicio del año.. En los casos en los que fuera posible la intervención de la modalidad de educación hospitalaria, se acordará con la misma la promoción. Si fuera necesario se establecerá una promoción asistida de manera de favorecer la cursada en el grado subsiguiente, si las condiciones clínicas lo permiten.

En el caso de los niños y niñas que requieran atención domiciliaria y/u hospitalaria a lo largo del año se promoverá las medidas reglamentarias y administrativas que permitan consignar su ausencia en el registro escolar, conservando el carácter de alumno regular en la escuela. Se propiciarán todas las estrategias necesarias para que los vínculos entre los niños y su escuela se sostenga mientras perdure la enfermedad y el tratamiento.

Las jurisdicciones arbitrarán las medidas pedagógicas e institucionales necesarias para implementar y alentar procesos de articulación entre el nivel primario y el nivel secundario. Del mismo modo se desalentarán las medidas de articulación que privilegian el radio domiciliario, ya que las mismas colaboran en la marginación territorial de los sectores más vulnerables.

Las presentes medidas se arbitrarán en todo el país, independientemente del espacio de localización de la escuela y su modelo de organización, de modo de garantizar la igualdad de oportunidades para niños y niñas que habiten los diversos territorios: escuelas rurales unitarias,

bi o tridocentes; escuelas primarias urbanas; albergues, y cualquier otro establecimiento que desarrolle la educación primaria.